

W0 450 qB552a 1914

46610190R



NLM 05238506 0

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE

SURGEON GENERAL'S OFFICE
LIBRARY.

ANNEX
Section

No. 113,
W. D. S. G. O.

No. 225895

8-513



12094

mar

41

LA ANESTESIA CLOROFÓRMICA EN EL PARTO NORMAL

(CLOROFORMIZACIÓN "À LA REINA")

ESTUDIO DE NARCOLOGÍA OBSTÉTRICA

LA ANESTESIA CLOROFÓRMICA EN EL PARTO NORMAL

(CLOROFORMIZACIÓN "À LA REINA")

ESTUDIO DE NARCOLOGÍA OBSTÉTRICA

Trabajo presentado á la Facultad de Ciencias Médicas

en su adscripción á la cátedra de Clínica obstétrica (1er. año)

POR EL

Dr. JOSUÉ A. BERUTI

JEFE DE CLÍNICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

LIBRERÍA "LAS CIENCIAS"

CASA EDITORA É IMPRENTA DE A. GUIDI BUFFARINI
2070, CÓRDOBA, 2080 - BUENOS AIRES



11/332

WO

450

11/332

11/332

Film no. 11332,

11/332

DEL MISMO AUTOR

- La embriaguez periódica.**—Revista del Centro Estudiantes de Medicina; Buenos Aires, N.º 27 y 28.—1903.
- Colonias para tuberculosos en Sud Africa. El proyecto del doctor Katz.**—Buenos Aires, 1903. La Nación.
- El bienestar del obrero. La higiene industrial.**—Buenos Aires, 1903. El Diario.
- El Hospital Rudolph Virchow de Berlin.**—Anales del Círculo Médico Argentino, N.º 12.—1903.
- Declaraciones de Behring. Precauciones para el uso de la leche. Controversias.**—Argentina Médica, N.º 13.—1904.
- Der tiefe Querstand mit besonderer Berücksichtigung seiner Aetiologie.**—Tesis de doctorado. Freiburg, 1907.
- Weitere 600 Geburten im Skopolamin - Daemmerschlaf.**—Medizinische Klinik Berlin, N.º 14 y 15.—1909.
- Los narcóticos en obstetricia. El sueño crepuscular de escopolamina.**—La Semana Médica, N.º 24.—1909.
- Técnica de la hipno - anestesia obstétrica por la escopolamina.**—Revista de la Sociedad Médica Argentina, pág. 84.—1910.
- La hipno - anestesia por la escopolamina.**—Trabajo presentado al Congreso Médico Internacional de Buenos Aires.—1910.
- Profilaxis de la fiebre puerperal.**—Conferencia dada en la Asociación Obstétrica Nacional. Argentina Médica.—15 X. 1910.
- El Congreso Médico. Las celebridades médicas extrangeras en Buenos Aires. Ginecología y obstetricia.**—El Diario, N.º 6511.—1910.
- La anestesia general mixta.**—La Tribuna Médica, N.º 62.—1910.
- Algunas consideraciones sobre anestesia general simple y mixta.**—Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina, N.º 103.—1910.

- Una observación de parto trigemelar.**—Comunicación presentada á la Sociedad de Obstetricia y Ginecología.—La Semana Médica, N.º. 6.—1911.
- Algunas consideraciones sobre el Salvarsan en el estado puerperal y heredo-sífilis.**—Semana Médica, 1911 y Revista Obstétrica de Buenos Aires, N.º. 28.—1911.
- El sueño crepuscular ó la narcosis mixta de escopolamina-morfina ea el parto.**—*Bosse y Eliasberg*. Traducción é introducción. Semana Médica, N.º. 47.—1911.
- Leyes y reglas para la versión interna en las presentaciones de hombro.**—Semana Médica, N.º. 5.—1912.
- Contribución al estudio de los ocitócicos. Opoterapia hiposifaria. El principio activo infundibular Houssay en el tratamiento de la inercia uterina.**—Revista de la Sociedad Médica Argentina, N.º. 112.—1912.
- El médico y la partera. Conducta y atribuciones de esta en el parto anormal.**—Conferencia. Semana Médica, N.º. 30; 1912 y Revista Obstétrica.—1912.
- El parto en 238 menores de 12 á 16 años.**—Revista del Círculo Médico Argentino y del Centro Estudiantes de Medicina.—Septiembre 1913.
- La medicación hipofisiaria como agente enterocinético.**—(*En colaboración con el Dr. Houssay*). Revista de la Sociedad Médica Argentina, vol. 21, pág. 245; 1913 y La Clínica Castellana, Mayo 1913. Valladolid.
- Cesárea abdominal practicada por cuarta vez en la misma mujer.**—Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina.—Abril 1913.
- El médico y la partera. Conducta y atribuciones en las distocias ovulares.**—Conferencia. Revista de la Asociación Obstétrica, Julio 1913 y la Clínica Castellana, Agosto 1913. Valladolid.
- La anestesia en el parto normal.**—Tema de relación desarrollado en la Sesión Científica especial de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires en Julio de 1913. Semana Médica, N.º. 30.—1913.
- Sur l'emploi de la medication hypophysayre comme agent enterocinétique.**—(*En colaboración con el Dr. Houssay*). La Presse Medicale, N.º. 61.—1913.
-

Consideraciones generales

El presente estudio de narcología aplicado al parto, no necesita introducción. Trátase de un tema viejo encarado con criterio actual. Abordo un problema teórico y práctico que, estrictamente considerado, continúa en parte insoluble, no obstante haber dado origen á polémicas interminables y haber producido una nutridísima literatura, no sobrepasada aún por ningún otro recurso empleado en la mitigación ó supresión del dolor de parto ; sin exagerar, puede decirse que las divergencias enumeradas hace tanto tiempo por Pinard en su famosa tesis, permanecen todavía en pie : « ...Pour les uns, il n'y a analgesie qu'avec anesthésie, pour les autres, on peut chez une femme en travail faire disparaître l'élément douleur, alors que l'intelligence et la motilité persistent. Pour tel auteur l'anesthésie active le travail.

Pour tel autre, le trouble, le relentit, le suspend. L'hémorragie pendent la délivrance est à craindre chez la femme anesthésié, affirme celui-ci, celui-là prétend que l'anesthésie arrête les pertes de sang...».

La innumerable variedad de vistas en el mundo de los tocólogos, por un lado y el hermetismo científico de las grandes escuelas por otro, han impedido hasta hoy la preparación de trabajos eclécticos capaces de responder á las más severas exigencias de la imparcialidad. Persiguiendo tal fin en la presente contribución, se ha procurado, antes que nada, prescindir por completo de toda influencia escolástica, recoger luego lo más importante escrito sobre el tema y adquirir por último una experiencia propia.

Para lo primero fué necesario pasar en revista una interminable bibliografía universal. Para lo segundo ha sido indispensable acoger con espíritu sereno, las contradictorias enseñanzas de los grandes maestros en el arte de la cloroformización obstétrica. Para lo tercero, á falta de una serie estadística que debería abarcar varios centenares de casos, háse recurrido á la observación clínico-experimental de un número de ellos, supliendo así con creces, la falta de grandes cifras.

Poder concluir entre nosotros una monografía completa sobre cualquier tópico, es ilusorio, dadas las insalvables dificultades que la obtención de originales extranjeros nos ofrece. Por otra parte, una

monografía semejante asumiría enormes proporciones, sin aportar ventajas manifiestas. Hágolo notar expreso porque aquí sólo serán mencionados aquellos trabajos que he considerado de positivo interés para la solución del problema.

Pero, ¿qué problema es éste ? ¿Existe en realidad el problema de la cloroformización « á la reina » en el parto normal, fisiológico, natural, eutócico, espontáneo ? ¿No se ha resuelto ya hace mucho tiempo ?

Puedo responder que no. Quien considere la anestesia clorofórmica en el parto normal, nada más que como una simple y vulgar instilación del agente sobre la mascarilla ; quien se sonría del exagerado valor que se pretende dar á una cosa al parecer tan sencilla é inócua como la cloroformización en el trabajo de parto ; quien, en fin, por haberse podido desempeñar más ó menos con éxito en su práctica personal, conceptúe resuelto y agotado el punto, que no lea este trabajo. Sin conferirle proporciones indebidas y sin salir un instante de la disciplina más estricta, hoy más que nunca, la anestesia obstétrica resulta interesantísima cualquiera sea la faz que se discuta.

Paso por alto todo lo que á sedación ó á abolición de dolor de parto en general atañe y que será motivo de un próximo trabajo, dado lo mucho que sobre él se puede decir bajo el punto de vista histórico, médico legal, ético, religioso, clínico, fisiológico, etc.

Tampoco pretendo emprender aquí el estudio de los distintos y variados recursos psíquicos, físicos y químicos empleados en la supresión del dolor, motivo de una reciente comunicación presentada en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. En este modesto trabajo deseo ocuparme exclusivamente del cloroformo utilizado contra el dolor de parto, descartando por completo todo lo que á cloroformo tocúrgico ó cloroformo terapéutico se refiere. Para evitar confusiones, elimino á propósito, tanto á la anestesia clorofórmica en las intervenciones, como la cloroformización en ciertos estados patológicos capaces de ocurrir durante el trabajo.

Todo el material clínico de la presente obra, que pertenece á la Maternidad de la Escuela de Parteras, fué cedido por su Jefe, mi apreciado maestro, el profesor Velarde, á quien debo mi mayor agradecimiento por el apoyo prestado.

CAPITULO I

La sedación del parto normal por el cloroformo

DEFINICIONES Y CARACTERISTICAS

Son tantos los médicos que hasta hoy han pretendido ó procurado atenuar y abolir los dolores habituales del parto, mediante el cloroformo, que resulta humanamente explicable la existencia de una terminología tan variada y pintoresca cual la que por desdicha poseemos, para expresar la acción hipo ó analgésica del mencionado agente. De esta innumerable serie de expresiones empleadas para designar la misma cosa pueden enumerarse las siguientes, entre muchas otras de menor uso : « Anestesia obstétrica (Anesthesie Obstetricale de Dutertre), Cloroformo « á la reina », Semi-sueño (Halbschlaf de Eisenberg). Semi-anestesia ó semi-narcosis clorofórmica, Anal-

gésica obstétrica, Anestesia incompleta, Embriaguez anestésica, Narcosis inicial ó precoz, Cloroformización intermitente, Petit choroforme, etc., etc.

He aquí algunas definiciones (de las que no es posible descartar por completo algunos juicios adjuntos) relativas al método que nos interesa, definiciones que, como se verá más adelante, responden más á un modo de interpretación que á una acentuada variante de procedimiento:

Anestesia obstétrica — « Los médicos que tienen el hábito de dar cloroformo en todos los partos, aún en los más naturales, someten á las mujeres nada más que á un *primer grado* de anestesia, al cual ellos llaman arbitrariamente Anestesia obstétrica » (**Depaul**) (1).

Analgesia obstétrica — **Campbell** (2) en una de sus fundamentales publicaciones, al emitir una teoría sobre la anestesia clorofórmica, define así, válido de ingeniosísimos esquemas, lo que él denomina Analgesie obstetricale: « Durante la anestesia hay una disociación de los diversos elementos fundamentales de la sensibilidad: 1º Inteligencia; 2º Dolor; 3º Tacto; 4º Motilidad... Mientras la anestesia permanezca entre la zona de la inteligencia y del dolor, habrá « Demi-analgesie »...; si se traspasa el lími-

te del dolor para llegar al tacto: Analgesia completa» (*).

Semi-anestesia, semi-narcosis, semi-sueño, semi-sensibilidad, semi-inconsciencia clorofórmica—« Las dosis pequeñas de cloroformo suspendidas entre cada dolor llevan poco á poco y nunca antes de 10-20 minutos, á un estado de semi-sensibilidad, de semi-consciencia de lo que pasa... (**Campbell**) (1: c.).

Anestesia incompleta — Cloroformo á la reina — Con el auxilio de un agente tóxico obtener una anestesia inofensiva é incompleta durante el período dilatante, para algunos, expulsivo, para otros (**Pinard**) (3).

Si se analizan detenidamente estas distintas interpretaciones, veremos que las cosas son más simples de lo que parecen; no hay tales procedimientos; trátase de un solo procedimiento que, respondiendo á un único fin (Ana-o hipoalgesia del parto fisiológico), procura obtener un mismo estado con una única técnica, susceptible, como es natural, de variantes más ó menos pronunciadas.

(*) En la obra de *Budin* (á la que más adelante haré referencia) pág. 76, puede verse uno de esos esquemas donde se establece la siguiente graduación dolorífica bajo la acción paulatina del cloroformo en el parto: 1º. Soulagement general et peri-uterin. 2º. Analgesie incomplete. 3º. Analgesie. Demie-anesthésie. 4º. Accouchement naturel en etat d'analgesie lucide.

Ante todo, conviene tener presente que el «cloriformo á la reina» no es un estado de embriaguez (Rauschstadium, Cloroformrausch de los alemanes), si bien no puede negarse que pertenece como **Bard** (4) entre nosotros lo hace notar, á la categoría de las anestésias incompletas : («Entiéndese por anestesia incompleta por cloroformo en obstetricia una analgesia, una especie de embriaguez tranquila»), sino una *anestesia precoz* (Fruehnarkose de Stiassny), puesto que la primera implica un grado ya más próximo al período de tolerancia, en tanto que la segunda corresponde á un estado anterior al período de excitación. Pero las anestésias precoces pueden ser de muy distintas clases.

Demás está decir, por otra parte, que *anestesia obstétrica* significa mucho y no significa nada, según el punto que se encare ; mucho, porque bajo ese título están comprendidos todos los recursos anestésicos (por inyección, inhalación, absorción rectal ó local, etc.), empleados en la mitigación del dolor, tanto en el parto normal como en el anormal, sea ó no sea este último quirúrgicamente intervenido. Nada, porque no especifica ni la naturaleza ni el método de la sedación dolorífica en el caso particular que se discute.

Las expresiones «Semi-sueño» (Demic-sommeil), (Halbschlaf) ó «Semi-narcosis» (Halbnarkose) ó «Semi-anestesia» (Demi-anestésie), se aproximan

más al fin que nos ocupa. Son tres términos que sin expresar la misma cosa, por no ser idénticos (sutilizando, se podrían hacer tres definiciones), especifican una clase de sedación ó supresión del dolor, obtenida por un método incompleto y de ahí que por tal circunstancia, la llamada «anestesia incompleta» entre á formar parte en esta tétrada de confusión. Los alemanes suelen hablar con frecuencia al tratar la sedación del dolor de parto, de la «Narcosis precoz ó inicial» (Fruehnarkose), que, como dije más atrás, ocurre en momentos muy inmediatos al comienzo de la administración anestésica. En cuanto á la «cloroformización intermitente», así designada en Alemania para caracterizar la sedación clorofórmica en el parto normal, parece superfluo hacer resaltar sus inconvenientes ; todas las anestесias por inhalación *bien hechas* son intermitentes, sin desconocer por eso que puedan existir numerosos modos de *intermitir*.

En cambio, los franceses usan de ordinario el término «Analgesia obstétrica», término que tampoco es claro y preciso, por cuanto todos ó casi todos los recursos empleados en la mitigación del dolor, tienen que ser directa ó indirectamente analgésicos y así podrían también clasificarse como analgésicos obstétricos, el hipnotismo, la sugestión, la anestesia sacral, la morfina, el cloral, etc. Es un término que por adolecer del defecto de ser demasiado am-

plio, tampoco significa nada definido bajo el punto de vista obstétrico-narcológico.

Algo muy distinto sucede con el «cloroformo á la reina», de origen inglés, pero de sanción francesa, denominación que si bien carece (en lo que á nomenclatura atañe) de un valor ó significado científico, responde en cambio á un método perfectamente descrito, definido, especial y único ; conocido desde hace mucho tiempo, y sumamente usado por el tocólogo contemporáneo. No obstante ciertas variantes y divergencias relativas casi todas á su técnica, considero que la expresión «cloroformo ó cloroformización á la reina» es la que debe conservarse, porque, concretando esta claramente un fin propuesto, abarca todos los significados de sus homónimos, puesto que al mismo tiempo es : 1º Una anestesia obstétrica clorofórmica aplicada al parto normal. 2º Una anestesia incompleta porque solo obtiene semi-estados (Semi-sueño, semi-anestesia, semi-narcosis). 3º Una narcosis inicial porque no necesita pasar por todos los períodos de la narcosis profunda quirúrgica, procurando, sin embargo, una analgesia. 4º Una embriaguez anestésica porque provoca un estado parecido, y 5º, una narcosis intermitente porque, ya dije, no hay narcosis por inhalación que no sea entrecortada.

Sistematizando un poco, yo definiría así el cloroformo á la reina : « *La supresión ó atenuación dolo-*

rífica del parto orgánica, dinámica y mecánicamente normal, mediante una cloroformización restringida especial, en cualquiera de los dos períodos del trabajo, sin perturbar marcadamente su marcha y conservando íntegra la conciencia, la voluntad y la motilidad de la parturiente».

Mucho, muchísimo se ha dicho y discutido sobre la posibilidad ó imposibilidad de obtener dicho estado peculiar ; y mucho espacio me tomaría la reseña minuciosa de cada estudio concerniente al tema, cuya suma asciende á varios centenares.

Concretareme á lo importante. Veamos la primer cuestión :

¿ Se puede suprimir el dolor sin perturbar la lucidez cerebral ? ¿ Es posible conseguir una sedación clorofórmica con el deslinde completo de su acción psíquica ?

Campbell (1. c.), en 1874, basado en 942 anestias por él practicadas en las parturientes, arriba á las siguientes conclusiones que saco de la tesis de Pinard (1. c.) : « Las pequeñas dosis de cloroformo suspendidas entre cada dolor llevan poco á poco y jamás antes de 10 á 20 minutos á un estado de semi-insensibilidad, de semi-consciencia de lo que pasa, acompañado de zumbido de oídos (sobre el cual conviene prevenir á la enferma á fin de que no se alarme) ». « Se arriba gradualmente por pequeñas dosis de cloroformo, suspendidas entre cada con-

tracción, á neutralizar la angustia dolorosa resultante de la presión ocasionada por el pasaje del niño al través del canal, y es ordinariamente en medio de esa calma relativa cuando se ve á la paciente comenzar la serie de sus esfuerzos expulsivos».

Fochier (5) (6), citado por Pinard, declara en una polémica que «Defender la semi-anestesia de Campbell es hacer obra de virilidad profesional». Este autor, pues, al declararse partidario (dentro de ciertos límites y con especiales precauciones) de la anestesia durante el parto, reconoce tácitamente la existencia de una sedación dolorífica sin mayores perturbaciones físicas ó psíquicas concomitantes.

Pichaud (7), citado por Pinard, considera impropia la denominación de «Anesthesie obstetricale» y la reemplaza por «hypesthesie». Este autor, para quien, entre paréntesis, no habría *Analgesia completa sin anestesia*, al elegir otro vocablo, solo establece una diferencia gradual y no substancial del doble efecto obtenido con el cloroformo en el parto.

Druouet (8) c. p. Pinard, autor de una tesis aparecida en 1887, admite la existencia de la analgesia obstétrica (Supresión ó abolición de los dolores) con persistencia íntegra de la sensibilidad y de la inteligencia.

Lacassagne, citado por Pinard, al estudiar los fenómenos psíquicos desarrollados bajo la acción del cloroformo, arriba á una serie de conclusiones de

interés para nuestro asunto. Comienza por afirmar que la conservación completa de la consciencia es imposible en una anestesia bien hecha. Sostiene luego, que las modificaciones sensoriales se producen paulatinamente, conservándose intacta la inteligencia, al principio, para ser después poco á poco modificada con la desaparición sucesiva de la asociación de ideas, de la comparación, del discernimiento y por último, de la memoria. **Lacassagne** refiérese también á las excepciones, pues algunas veces la inteligencia puede ser abolida de entrada, aniquilada fulminantemente.

En esta síntesis del trabajo de **Lacassagne**, descúbrese como punto más interesante la cuestión *memoria*, función que, veráse más adelante, por qué no debe ser perturbada en el cloroformo á la reina, ni siquiera transitoriamente ;muy distinto es, pues, lo que sucede en el sueño crepuscular de escopolamina, sobre el cual he tenido oportunidad de ocuparme repetidas veces en trabajos anteriores.

Pinard (tesis de 1882), en una de sus conclusiones sobre el cloroformo á la reina, expone lo que sigue : «Es solo excepcional la analgesia completa con conservación de la inteligencia y de la sensibilidad cutánea, considerada como regla por muchos parteros». Y en otro párrafo agrega : «El dolor no desaparece por completo antes de la pérdida completa de la inteligencia y de la sensibilidad cutánea».

Budin (9) (10) en una de sus lecciones, realizada el 28 de enero de 1888, al presentar en forma clara y seductora las ventajas del cloroformo á la reina, arriba á las siguientes conclusiones : « En un gran número de casos se puede producir sin dificultad la analgesia mediante el cloroformo... Algunas veces, sin embargo, hay que ir más lejos y hacer desaparecer todas las modalidades de la sensibilidad y otras veces hay que ir más lejos aún, aproximándose á la anestesia completa ». Al hojear el trabajo de **Budin** no puedo menos de recordar dos casos por él relatados de gran valor obstétrico-narcológico. Refiérese **Budin** á dos auto-observaciones. En el primero relata la experiencia de Hervey de Chegoin, quien sometido á una intervención quirúrgica, se tocaba y se pinchaba una dolorosísima lesión, bajo anestesia clorofórmica sin sentir el menor dolor y en el 2º habla de un colega suyo que tenía una fisura anal muy dolorosa, el cual cada vez que defecaba necesitaba aspirar cloroformo, con lo que se procuraba una anodinia completa. Tales observaciones, que por otra parte es frecuente encontrarlas en la práctica diaria, hechas por enfermos inteligentes, comprueban, sin dejar la menor duda, la posibilidad de la analgesia clorofórmica con conservación de la inteligencia de la voluntad y la motilidad.

Ribemont y Lepage (11) que desoyen la crítica de Payot (sobre cuyos trabajos fundamentales referen-

tes á la anestesia clorofórmica obstétrica heme de ocupar con detenimiento) sin hacer mayores comentarios, aseveran terminantemente que «está probado que en muchas mujeres puede obtenerse la analgesia obstétrica».

Bar (12) dice : « Malgré les denegations de Payot, on peut ainsi, chez la plupart des femmes supprimer uniquement la sensibilité. Mais les resultats obtenus sont loin d'etre constants. Parfois, pour produire l'insensibilité, il faut aller plus loin, jusqu'à l'anesthésie complete ou presque complete ».

Sería imposible enumerar en forma completa todos los autores antiguos y modernos que al abogar por el cloroformo á la reina han creído en una analgesia sin pérdida de la lucidez ; citaré entre muchos á **Westermark** (13), **Gheorghiu** (14), **Eisenberg** (15), **Gepert** (16), **Gardener** (17), **Allwright** (18).

No mencionaré en este capítulo á los adversarios del cloroformo á la reina, que son legión. Pero, por tocar precisamente el punto trascendental que se discute, voy á transcribir algunos párrafos de uno de ellos, de **Payot**, el genial clásico francés, cuyas sutilísimas observaciones y originales conceptos sobre la cuestión del cloroformo á la reina, no hacen sino evidenciar una vez más el extraordinario talento obstétrico de este incomparable é inimitable maestro.

Para demostrar que la pretendida semi-anestesia «no reposa más que en un equívoco», **Payot**, en una polémica sostenida contra Campbell y Bailly, se apoya en primer término en los estudios de Claudio Bernard, quien se aventura á afirmar que «El cerebro atrae la escena en el fenómeno del cloroformo y no es sino después de él que se ve anestesiar la médula espinal y los nervios que ahí nacen». Pero la diatriba más famosa de **Payot**, está en su trabajo titulado «Anesthésie Obstetricale» (19), de donde extraigo los siguientes párrafos : « Dans les accouchements naturels, en effet, ou bien il faudra se contenter pendant toute la durée du travail, d'un vain simulateur d'anesthésie atténuant à peine la souffrance, ou bien il faudra, pendant un grand nombre d'heures parfois, plonger la femme dans une insensibilité véritable dont la prolongation excessive doit toujours effrayer... ».

En otro artículo titulado : « Le chloroforme dans les accouchements naturels considéré au point de vue scientifique et pratique » **Payot**, plantea el siguiente dilema : « Ou bien l'anesthésie est réelle, et vous l'obtenez sans aides et sans précautions impérieusement commandées par l'expérience : vous êtes des imprudents et des coupables ; ou bien avec votre prétendue demi ou plutôt pseudo anesthésie, les femmes voient, entendent, raisonnent, se plaignent, crient, poussent quand on les sollicite, et alors vous

pouvez vous passer d'aides, vous n'êtes pas dangereux. Mais ce n'est plus de l'anesthésie. C'est de l'homeopathie. Vous n'etes pas serieux... En un mot, la pretendue demie-anesthésie ne repose sur rien autre chose qu'une equivoque. Les femmes et les familles croient, sur la promesse du medecin, qu'on va appliquer a l'accouchement la methode bienfaisante qui permet une amputation sans souffrance, la patiente continue a se plaindre et a crier jusqu'a la fin ou l'on lui fait entendre que cela doit se passer ainsi ; elle le croit (plus au moins) sauf « quelques unes qui temoignent un certain desappointement. Ce sont les intelligents »... La pretendue demie-anesthésie ou chloroforme á la reine... est une pratique aussi inutile qu'inoffensive ; elle n'a rien de serieux ni de scientifique... Elle est destinée a supplanter la potion de nos anciens, les medailles, les neuvaines, les aux miraculeuses, la plume d'aigle a la cuisse, et la graisse de vipere sur le ventre... Le chloroforme sera pour les accoucheurs, comme la providence, qu'il faut toujours remercier quand on s'est fracturé une jambe. On aurait pu se les casser toutes les deux...».

En fin, por más deslumbrante que se nos presente esta magistral, aunque exagerada fulminación de **Payot**, no me es posible dedicarle más espacio y solo añadiré como dato ilustrativo que **Payot** le tiene toda su vida á la semi-anestesia el más profundo desprecio, denominándola ocurrentemente « Anesthé-

sie Homeopathique», «Parodie de l'anesthésie», «Sorte de physique amusante», etc. (21).

EXPERIENCIA PERSONAL — Meticulosas observaciones clínicas, personalmente seguidas en la Maternidad P. A. Pardo, me permiten llegar en desacuerdo con **Payot**, á la conclusión innegable de que el cloroformo á la reina *existe* bajo el punto de vista de la sedación dolorífica con conservación de la inteligencia ; por eso la definición que he dado. En efecto, como se podrá ver en las historias adjuntas, sobre 20 anestесias (19 hipoalgesias y 1 hiperalgesia clorofórmica), la inteligencia se conservó perfectamente clara en 16 mujeres ; en 3 estuvo ligeramente perturbada y en una sola hubo inconsciencia absoluta, acompañada de hiperestesia cutánea. He adquirido además el firme convencimiento de que el factor *sugestión* ha sido en dichas parturientes nulo ó casi nulo, sin que por esto rechace (como podré explicarlo mejor en un próximo trabajo) la posibilidad de obtener en determinados casos una sedación sugestiva.

CAPITULO II

Acción del cloroformo "á la reina" sobre el dolor de Parto.

1º.—EFICACIA DE LA CLOROFORMIZACION

¿Cuál es la eficacia práctica del cloroformo á la reina bajo el punto de vista de la supresión ó atenuación del dolor en el trabajo espontáneo ? Recordemos algunos juicios : **Blot** (22) ha dicho : « En la mayor parte de los casos es imposible saber de antemano lo que se va á obtener con el cloroformo ». Nada más exacto que ésto, aplicado especialmente al factor dolor. Las variantes son aquí muy grandes, y así como hay mujeres excepcionalmente susceptibles á la acción sedante del cloroformo, hay otras que por el contrario, no lo toleran. En otro sitio hablárase de las tolerancias é intolerancias del cloroformo á la reina. Dejemos por ahora este punto.

Scanzoni (23), enemigo de la anestesia obstétrica, decía que si las mujeres que libraban durante el sueño clorofórmico olvidaban una vez vueltas en sí, el haber experimentado dolores, eso significaba únicamente que la memoria les faltaba y no que ellas no hubieran «sentido el dolor» en el instante de su producción.

A **Scanzoni** (el trabajo de Scanzoni fué una de las publicaciones alemanas más antiguas sobre anestesia en el parto), cuyo argumento pnemónico en su época pudo ser de gran efecto, se le podrían hacer hoy dos grandes objeciones: 1ª Hay distintas clases de sueños clorofórmicos y en el sueño ó semi-sueño del cloroformo á la reina, la memoria, como se ha visto más adelante, *queda conservada*, puesto que la inteligencia debe permanecer bien intacta. En el cloroformo á la reina, pues, la parturiente *no olvida que ha sufrido dolores, sino que recuerda haberlos tenido atenuados en mayor ó menor grado*. 2ª Aún cuando hubiera en el cloroformo á la reina solo una amnesia del dolor ocurrido, la eficacia de un recurso de tal género no puede ser rotundamente negada. Baste de ejemplo lo que sucede en el sueño crepuscular escopolamínico, cuya principal condición ó característica consiste en suprimir la apercepción dolorífica una vez *percibido ese dolor* (**Beruti**, Los narcóticos en Obstetricia. El sueño Crepuscular de Escopolamina. La Semana Médica, núm. 24, 1909).

Richet, cuyos principales párrafos de su tesis han sido extractados por Pinard (de donde á la vez los tomo, encarando naturalmente la cuestión bajo un aspecto muy distinto), tiene al hablar de la anestesia un notable capítulo sobre la naturaleza y efectos del dolor sentido bajo la acción del cloroformo, reconociéndole á éste un carácter especial. Llega á la siguiente conclusión : « Lo que constituye la crueldad del dolor no es el dolor mismo, por más intenso que sea, sino su *recuerdo* y la repercusión penosa que deja detrás de él ».

Pajot (l. c.) encara de otro modo la proposición : « ...Même appliquée ainsi (últimos períodos del parto) l'insensibilité obtenue ne présenterait souvent qu'une avantage tres contestable, car tous les accoucheurs savent combien des femmes supportent difficilement, avec peu de resignation et de courage, la fin de la première periode, et combien l'on en voit, au contraire, dont l'énergie se reveille avec les douleurs franches de la fin d l'expulsion »... Accoucher avec chloroforme est pour les femmes synonyme de sans douleur. Or, accoucher *sans douleur* c'est le rêve... Pendant les deux tiers du temps de l'accouchement, parfois les trois quarts au les quatres cinquiemes, les douleur ne sont d'expulsion, ou cela est inutile, car les femmes reprennent alors generalmente la force et le courage, les caractères des douleurs les rendant plus supportables ». **Payot** con esto demues-

tra acabadamente, sino la ineficacia, por lo menos la insuficiencia del cloroformo á la reina administrado en cualquiera de los dos períodos del parto.

Depaul (1. c.) en una de sus clases declaraba que la anestesia obstétrica no constituía una anestesia seria y que debía considerarse más bien como una simple satisfacción proporcionada á la parturiente. **Depaul** no creía que dicha anestesia actuara eficazmente contra el dolor y exteriorizaba su disconformidad deplorando que en esta cuestión del cloroformo primara la pusilanimidad de la mujer, que ignorando por lo común el verdadero dolor de parto, prejuzgara respecto á él y exigiera su administración.

En su tesis de 1882 (1. c.), basada en un material de 21 primíparas, **Pinard** arriba á conclusiones desfavorables respecto á la eficacia del cloroformo á la reina, haciendo notar que si bien es posible mediante dicho método obtener una calma absoluta en los intervalos, el dolor reaparece más ó menos con la misma intensidad en el momento de la contracción, aunque subjetivamente pueda éste á veces resultar algo más breve. Incluyo expreso estas últimas afirmaciones de **Pinard**, porque indudablemente, la impresión subjetiva suele á veces ser muy diferente á la objetiva, pues sabido es que hay partos muy dolorosos, mal exteriorizados por la mujer y viceversa. De ahí que convenga diferenciar el dolor subjetivo del objetivo, ya que como este último

autor ha dicho en otro trabajo mucho más reciente : « No se conoce aún el instrumento capaz de medir la intensidad del dolor » (24).

Bar (1. c.), á la inversa, reconoce la eficacia del cloroformo obstétrico, sin penetrar mayormente en sus intimidades. Para él el cloroformo á la reina « *Soulage souvent et console toujours* ». Adviértase sin embargo, que el director de la Clínica Tarnier cree menos en los efectos puramente anestésicos que en los efectos morales obtenidos con dicho agente sobre la psiquis tan predispuesta á sugestiones de la parturiente. Tal circunstancia ha dado origen á todo un nuevo y positivo método de sedación obstétrica obtenido mediante la terapéutica sugestiva. No olvidemos tampoco el clásico aforismo : « *Levis est dolor, qui capere cōsilium poset* ».

Pero la eficacia del cloroformo á la reina estriba principalmente en la sedación ó supresión *real* del dolor, pudiendo además proporcionar al mismo tiempo y en segundo término, otros cambios favorables á la evolución del trabajo.

2º.—EFECTOS DE LA CLOROFORMIZACION

¿ Cuáles son las características de esta sedación ?

Para **Eisenberg** (1. c.), el cloroformo tendría una acción específica y primordial sobre el dolor, dis-

tinta á la del éter y otros anestésicos. **Budin** (1. c.) piensa que en la analgesia obstétrica, primero desaparecen los dolores peri-uterinos y luego los uterinos. **Druouet** (1. c.) admite que por medio de la anestesia obstétrica es más fácil calmar los dolores dilatantes (uterinos) que los expulsivos, localizados estos últimos en aquellos órganos que en estado normal son más sensibles que la matriz. Según este autor, mediante dicha anestesia los dolores irradiados serían los primeros en desaparecer, aboliéndose ó atenuándose los dilatantes con más facilidad que los expulsivos. Los particulares efectos del cloriformo á la reina serían atribuíbles principalmente á la *intermitencia de la inhalación y del esfuerzo*. Pero más adelante veráse que las peculiaridades de la anestesia obstétrica dependen más del resultado de la técnica que del ritmo más ó menos lento ó apresurado de la contracción.

EXPERIENCIA PERSONAL — Sobre 20 casos hanse obtenido 19 sedaciones (hipoalgesias) y sólo una hiperalgesia. (Véase más adelante).

La dificultad de poder establecer una graduación objetiva del dolor (ya que de la subjetiva de la parturiente no nos podemos fiar), me ha inducido á establecer una escala dolorífica arbitraria, constituida por seis tipos de dolor y 5 grados de sedación. Los cuadros adjuntos en el trabajo ilustrarán al lec-

tor ; pero para su mejor interpretación convienen algunas explicaciones :

Llamo sedación de primer grado la atenuación del dolor en una sola etapa, traducida en el gráfico por el descenso de la curva desde una paralela á su próximo inferior, como por ejemplo : de muy dolorosa á dolorosa, ó de dolorosa á regular dolorosa, etc. Para precisar con más exactitud la naturaleza de la sedación, creo conveniente distinguir dos clases de ella :

La *continua ó regular*, sin oscilaciones y la *discontinua*, irregular, con ascensos y descensos más ó menos marcados, (Cotéjese observaciones y gráficos).

Hecha esta aclaración, comenzaré diciendo que ocurrieron 9 sedaciones irregulares, á saber :

- 2 de 1 grado (observación 2 y 16).
- 2 de 2 grados (observación 1 y 18).
- 1 de 3 grados (observación 20).
- 3 de 4 grados (observación 13, 14 y 19).
- 1 de 5 grados (observación 17).

Solo una de estas curvas ha llegado á la sedación *absoluta*.

Las 10 sedaciones regulares, se reparten así :

- 6 de 1 grado (observación 3, 5, 6, 7, 9, 15).
- 1 de 2 grados (observación 8).
- 2 de 4 grados (observación 10 y 11).
- 1 de 5 grados (observación 4) (analgesia absoluta)

La hiperalgesia mencionada, alcanzó al 3er. grado.

Debo advertir que la técnica ha sido siempre la misma. He procurado obtener siempre una sedación lineal, ó, por lo menos, ondulada, pero nunca quebrada ó interrumpida, para lo cual advertiré desde ya que el cloroformo fué administrado en forma *irregular continua*.

De las 12 sedaciones correspondientes al período dilatante hay 4 regulares y 8 irregulares. De las 7 sedaciones correspondientes al período expulsivo, hay sólo 1 irregular y 6 regulares. Por estos resultados dedúcese que parece *más fácil* obtener una *sedación regular y continua* en el *período expulsivo* que en el dilatante.

Pasemos á las hiperalgesias. Ya hablé de un caso de hiperalgesia irregular y permanente en el período dilatante. En cuanto á la hiperalgesia transitoria, vale agregar que ésta solo ha existido 1 vez, poco pronunciada, en el período dilatante (observación 1) y ninguna vez en el período expulsivo.

De todo lo expuesto saco como consecuencia que con el cloroformo á la reina es posible obtener en la inmensa mayoría de las parturientes una sedación *más regular, aunque menos profunda en el período expulsivo que en el período dilatante*. Ahora bien, en las sedaciones *irregulares* se llega por lo común á *grados más elevados de hipoalgesia* que en las sedaciones *regulares*.

Como dato interesante añadiré que en todos los casos observados, el dolor aumentó después de la suspensión de la anestesia, salvo el caso de hiper-cinesis, en que disminuyó. (Excluyo, naturalmente en este cómputo, 4 anestesia que fueron interrumpidas por la expulsión del feto.

Hasta aquí me he referido á los efectos *objetivos* de la sedación. Veamos como fueron los *subjetivos* :

16 mujeres acusaron atenuación del dolor de parto. (En realidad 15 mujeres, porque hubo una parturiente anestesiada dos veces).

2 mujeres acusaron aumento del dolor de parto.

1 mujer no acusó variaciones del dolor de parto.

1 mujer no supo explicarlo (rusa).

La sedación subjetiva, pues, no coincide exactamente con la objetiva, pero las variantes son por lo general muy pequeñas. En 1 solo caso (16°), se comprueba una marcada incongruencia objetivo-subjetiva.

El instante más doloroso del parto está así distribuido :

	Observación subjetiva casos	Observación objetiva casos
Al final del período dilatante.....	13	13
Todo el período dilatante.....	1	1
Al comienzo del período expulsivo.....	1	1
Todo el período expulsivo.....	2	1
En ambos períodos la misma intensidad.	1	2
En el momento de la anestesia.....	1	1

De acuerdo con lo sostenido por **Payot**, puedo confirmar que la gran mayoría de estas mujeres ha sufrido, subjetiva y objetivamente, *más* al final del período dilatante que en cualquier otro momento del parto.

La anestesia á que han sido sometidas las citadas mujeres, no modifica en nada la exactitud de mis observaciones, dado el corto lapso que dichas seminarcosis representan, ante la totalidad de un trabajo íntegro de parto.

Los efectos psíquicos subjetivos de la parturiente no coinciden tampoco por completo con los observados, que especifico brevemente :

Inteligencia clara.....	15 veces (obs. 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19 y 20)
Inteligencia ligeramente perturbada.....	3 veces (obs. 1, 3 y 5)
Inconsciencia (1 completa y otra incompleta).....	2 veces (obs. 16 y 9)

De lo expuesto dérivase que, con el cloroformo á la reina, es posible obtener en la mayoría de los partos (no en todos) *una sedación suficiente con conservación íntegra de la inteligencia*.

En cuanto á la sensibilidad cutánea, he aquí el resultado de mis observaciones :

Analgesia	1 vez
Hipoalgesia	12 veces
Hiperalgesia	1 vez
Normal	6 veces

Salta á la vista la inconstancia de los efectos clorofórmicos exteriorizados en la piel.

CAPITULO III

Acción del cloroformo "á la reina" sobre la dinámica del Parto.

A)---LA CONTRACTIBILIDAD UTERINA Y ABDOMINAL

El gran problema del cloroformo á la reina estriba incuestionablemente en su acción sobre la dinámica útero-abdominal que preside la función del parto .Por desgracia, la narcología obstétrica tropieza aquí con la confusión más lamentable de opiniones. De este caos de contradicciones, buscaré, aunque más no sea en homenaje á la historia, lo que dicen aquellos autores de mayor prestigio.

Bueno es separar, por lo pronto, 4 categorías de juicios :

1º Los desfavorables á la cloroformización obstétrica, por los diversos trastornos dinámicos ó de cualquier otra naturaleza que puede ésta determinar.

2º Los favorables por la falta de una acción especial del cloroformo sobre la dinámica del trabajo.

3º Los favorables por la acción ocitócica del anestésico.

4º Los neutrales por indiferentismo de efectos.

I

Entre los que admiten una perturbación del trabajo en el sentido de un espaciamiento ó debilitamiento de las contracciones, puédense citar á **Siebold** (25), **Bouvier**, **Montgomery** (26), **Beatty** (27), **Scanzoni** (l. c.), **Grenzer**, **Sachs** (28), **Spiegelberg** (29), (30), (31), etc., autores todos estos sobre cuyos trabajos no me detendré para dar mejor cabida á los que á mi juicio han dejado estudios más perdurables.

Simpson (32), (33), (34), (35), (36), y muchos de sus contemporáneos, constatan ya en épocas lejanas, la acción retardatriz del cloroformo sobre la marcha del trabajo.

Campbell (l. c.), el gran cloroformista, en una memoria titulada : « Narcosis uterina directa durante la anestesia obstétrica », no deja de reconocer un « espaciamiento, acortamiento y debilitamiento » de las contracciones uterinas bajo la acción clorofór-

mica, interpretando el fenómeno como una acción local del cloroformo sobre las fibras musculares uterinas, mientras no entre en juego la influencia del gran circuito cerebro-espinal.

Pinard (l. c.) cree como **Campbell** que dicha hipocinesia es más frecuente en el período dilatante. El primero afirma que : «La disminución de las contracciones desaparece casi instantáneamente en cuanto cesa la inhalación, persistiendo, en cambio, mucho tiempo, la falta de retractibilidad». En cuanto á la prensa abdominal, ésta, según **Pinard**, no sería tan influenciada como el útero, admitiendo siempre en todos los casos, una relación directa á la intensidad de la anestesia.

Las ideas abstencionistas de Pinard vándose desarrollando progresivamente ; y si en su primer trabajo no condena en forma categórica el empleo del cloroformo á la reina, más tarde se hace este maestro uno de sus censores más despiadados. He aquí algunas de sus conclusiones que saco de «*La Pratique Medico-Chirurgicales* (l. c.) : «*Quoi qu'il en soit, tout praticien doit savoir que quand on fait respirer du chloroforme á une parturiente, on atteint et on diminue la contractilité et la retractilité de l'uterus, d'ou la predisposition aux hemorrhagies*». Como detalle no exento de curiosidad hago notar, no obstante la autoridad de **Pinard** y la meticulosidad de sus observaciones, la larga duración de las con-

tracciones dilatantes (de 1 1/2 á 2 minutos) que este partero registra con suma frecuencia en sus boletines.

Penard y Abelin (37) dicen : « Los estudios de Polaillon, Pinard, y Charpentier parecen probar, en efecto, que la misma anestesia incompleta no deja de tener siempre su influencia sobre la marcha del trabajo y que puede resultar una disminución de la contractibilidad y de la retractibilidad del útero, pudiendo á veces retrasar ese trabajo, hasta el punto de necesitar una intervención inútil, y predisponer á la hemorragia después del parto ».

Hasta aquí los franceses con sus datos personales y aislados. Utilicemos ahora la estadística : En una encuesta mencionada por el mismo Pinard y realizada por la Royal Medical Society entre los parteros ingleses (sobre diferentes preguntas relativas al cloroformo obstétrico), de 27 respuestas, 9 fueron contestadas en el sentido de no haber perturbación del trabajo bajo la acción del cloroformo *moderadamente* dado, y 18 en el sentido de una acción desfavorable, notándose que 12 médicos reconocieron un debilitamiento de las contracciones en el período dilatante y expulsivo.

Los alemanes, desde hace mucho tiempo, tampoco han dejado de enrostrar al cloroformo en detenidos y concienzudos estudios, su acción hipodinámica en el parto. Así **von Winckel** (38), (39), con un mate-

rial escrupulosamente observado en la clínica de Dresden, llega á la conclusión de que los intervalos de las contracciones son *más grandes* durante la anestesia del parto normal ó anormal, que fuera de ella. Por otra parte, este autor comprueba que la contracción aisladamente considerada, también se modifica bajo la influencia clorofórmica, «abreviando el período de acme» (Hoechstadium), es decir, acortando aquellas, pero recobrando su primitiva energía y duración al suspender la anestesia.

Según **Roehring**, c. p. Stiassny, la acción del cloroformo sobre la contractibilidad uterina sería debida á la disminución de la excitabilidad de los centros espinales del útero ; y según **Westermarck** (l. c.), á la acción directa del cloroformo sobre la musculatura uterina, lo que por haber sido dicho esto último en el año 1893 no responde á ninguna originalidad de concepto, pues ya antes de 1870, época en que apareció la tesis de **Pinard, Campbell** habla y publica un trabajo titulado «Narcosis uterina directa», con lo que la novedad de **Westermarck**, tan ingenuamente mencionada por numerosos recopiladores alemanes, queda desvirtuada.

II

La segunda categoría de tocólogos, que no creía en la influencia perniciosa del cloroformo sobre la

duración y el ritmo de las contracciones uterinas, está encabezada por **Dubois** y la mayor parte de sus contemporáneos.

Cuela adjuntar aquí la ingeniosa explicación que da **Campbell** para restarle importancia á esos trastornos del trabajo ya descritos y determinados por la hipodinamia clorofórmica. «...Para disipar enseguida toda preocupación al respecto, diremos que siempre nos ha parecido que tal retardo, si existe durante algunos instantes, no tarda en desaparecer por los progresos mismos del trabajo. Agregaré que el fenómeno que señalaremos se confunde en medio de esa aceleración terminal de la mayor parte de los partos anestésicos, los cuales recobran, sobre todo en las multíparas, el tiempo aparentemente perdido, gracias á esta especie de compensación debida á la disminución de las resistencias». Esto me recuerda una interpretación parecida lanzada por algunos parteros (**Krasowsky** (40), **Reeve**, **Bukoemsky** (41), etc.), según la cual, el trabajo de parto no sería perjudicado por la anestesia clorofórmica si se empezara ésta al completarse la dilatación, *por existir ya un reflejo neutralizante* de la hipodinamia uterina.

Payot (1. c.) siempre lapidario, dice : « C'est une heresie scientifique d'avancer qu'on espace les contractions uterines, alors qu'on avoue ne pas même

atteindre la deuxième période». **Payot**, pues, lo mismo que **Depaul**, niegan toda influencia del cloroformo á la reina, sobre el útero. Convengo con **Stiassny** (42) en la inexactitud de tales observaciones, no obstante su proveniencia.

III

Paso al tercer grupo, constituído por aquellos autores que creen en la acción histerocinética del cloroformo.

Schlotz y **Buisson** (43) opinan que las contracciones se tornan más frecuentes bajo la acción del anestesico.

Ribemont (l. c.) escribe : « Aunque el cloroformo en ciertos casos debilita las contracciones, en otros *regulariza y acelera* al parecer el parto ».

Recasens (44) habla de la acción « altamente favorable del cloroformo » para el curso del parto, en lo referente á las contracciones uterinas, cuya intensidad « por regla general permanece igual ó aumentada » y « cuya regularidad es mucho mayor » ; tocante á la prensa abdominal, **Recasens** la considera « más directamente establecida ». Lo de la re-

gularidad, dicho sea de paso, tal vez pudiera admitirse; lo de la prensa abdominal, es solo excepcional y nadie hoy lo discute.

Runge (45), (46) declara que en muchos casos el cloroformo, lejos de atenuar la prensa abdominal, la intensifica, por cuanto la mujer trabaja mejor cuando su sensibilidad está algo embotada.

Hammerschlag (47), lo mismo que **Runge**, reconoce que la acción de la prensa abdominal *aumenta* algunas veces por supresión total ó parcial del dolor.

La acción del cloroformo sobre la función de la prensa abdominal se ha prestado á grandes divergencias. **Blot** y con él **Simpson, Dubois, Spiegelberg** (l.c.) y otros, admitían la persistencia de las contracciones abdominales durante el sueño anestésico, siempre que éste no fuese muy profundo. Por un debilitamiento, en cambio, opinaron muchos tocólogos ingleses y algunos franceses, como **Tarnier** y **Pinnard** (l. c.). Este último expresábase así: «El llamado hecho por el útero no es más escuchado por los músculos abdominales que resultan impotentes para la respuesta».

En un trabajo publicado por **Eksstein** en 1913 (48) el autor avanza el terminante juicio de que el cloroformo puede considerarse como un ocitócico absolutamente «exacto» (infalible), con el cual las

inercias del período dilatante son muy á menudo combatidas con el mejor resultado. (« Nach meinen Erfahrungen ist das Chloroform ein ganz exaktes wehenerregendes Mittel »).

Tanto este juicio como los anteriores, responden, según mi parecer, á una observación exacta, pero á una interpretación falsa, por la sencilla razón de que hay *ocitócicos histerocinéticos* y *ocitócicos sedativos*. Porque, en realidad, la acción quinésica del cloroformo, es, usando una expresión paradójal, *negativa*; este agente actúa por *supresión* del elemento adinamizante, que es el dolor y no por *adición* de un elemento ocitócico. Y si se me permite un ejemplo algo grosero, una parturiente con dolores podría compararse á un animal cuyo freno ó bocado es tanto menos sentido cuanto más se insensibiliza éste por el «recalentamiento» de su boca, producido á su vez por múltiples causas. La insensibilidad en la boca del animal tiene, pues, como efecto dinámico, un mayor rendimiento funcional. Aquel adquiere más resistencia al dolor que otro más sensible á los tirones del conductor. Luego el primero corre mejor que el segundo. La insensibilidad producida por el cloroformo en la parturiente tiene á su vez un efecto ocitócico porque ésta *puja mejor*. Sobre la acción dinamógena de los anestésicos ya he hablado en otro trabajo (**Beruti**) (49).

IV

Arribo á la 4ª categoría, que es falange :

Entre los de época reciente mencionaré á **Eisenberg** (50). Pero recordaré también algunos antiguos v. g. **Drouet** (1. c.) (1887), según el cual la analgesia obstétrica debilitaría al principio, las contracciones uterinas, pero poco después las regularizaría de tal modo que la duración del trabajo no se prolongaría en la mayor parte de los casos.

Penard y **Abelin** (1. c.) dicen : « Hoy está perfectamente demostrado : 1º Que la sensibilidad del útero en trabajo, como toda sensibilidad, desaparece por completo bajo la influencia de los vapores anestésicos. 2º Que la contractibilidad del órgano resiste, por el contrario, á estas inhalaciones, siempre que su acción esté mantenida en sus justos límites. 3º Que la contractibilidad de los músculos abdominales, que no son más que grandes músculos intercostales, resiste también á los vapores anestésicos, como la contractibilidad de todos los músculos respiratorios, mientras la anestesia no sea llevada hasta el período *orgánico de Buisson* ».

B)—LA RETRACTIBILIDAD UTERINA
EL POST-PARTUM

Pasemos ahora á la relación entre *cloroformo* y *atonía ó relajación uterina*; mejor dicho, á la acción del cloroformo sobre la retractsibilidad uterina.

Pinard no admite una acción electiva del cloroformo sobre el útero, pero sostiene que éste actúa más activa y persistentemente sobre la *retractsibilidad* que sobre la *contractibilidad*, *sin necesidad de llegar á la anestesia completa*. Esta circunstancia, á ser exacta, conviene no olvidarla en el post-partum. Lo mismo ocurre con los distintos períodos en que se puede administrar el cloroformo á la reina, pues según el autor mencionado, la predisposición á la hemorragia sería menor cuando la anestesia se da en el período dilatante y mayor cuando se da en el período expulsivo.

Entre los autores que creen en la predisposición á la hemorragia determinada por el cloroformo, citaré, para terminar, á **Montgomery** (l. c.), **Rigley**, **Hueter** (51), **Scanzoni** (l. c.), **Barnes** (52), (53), (54), **Testut**, **v. Winckel** (l. c.), **Lusk** (55), **Duncan** (56) y muchos otros.

Simpson en cambio, que al decir de Payot no empleaba la «demi-anestesia», á pesar de recomen-

darla, no creía que las hemorragias uterinas fueran más frecuentes bajo la acción del cloroformo obstétrico que sin ella. Tampoco la reconocen **Payot, Schroeder, Spiegelberg, Recasens** é infinidad de otros autores antiguos y modernos.

EXPERIENCIA PERSONAL SOBRE PERIODO DILATANTE Y EXPULSIVO — En la actualidad, gracias á los métodos nuevos, mediante los cuales se puede registrar con más precisión la marcha del trabajo, las observaciones son más exactas que antes. Con el tocodinamómetro de Schatz hubo ya un adelanto ; pero conocidas son las deficiencias de este aparato, con el cual, sin embargo, no está demás apuntar que **Poulet y Doenhoff** (57) han podido comprobar que la anestesia clorofórmica más *suave* y más *sutil* (incluída la cloroformización á la reina) posee una evidentísima acción inhibitoria y paralizante *sobre la contracción uterina y sobre los músculos de la pared abdominal*. Por último, **Westermarck** (l. c.) (58) con un método propio, aunque basado en el anterior, perfeccionó el registro tan difícil de las contracciones. Pero el futuro método gráfico directo ideal ya lo tenemos descubierto : Me refiero al electrometrograma, con el cual últimamente se han obtenido notables resultados en el estudio de la inercia uterina y su relación con algunos ocitócicos. En narcológia obstétrica será bien pronto irremplazable,

aunque por desgracia no sea posible medir con él la intensidad del dolor, factor de tan fundamental importancia para el tema que estoy desarrollando. El profesor **Lanari**, que en el gabinete físico de la Facultad, ha instalado un aparato semejante, nos ha prometido su colaboración. Por el momento sólo he podido valirme de la observación objetiva, aproximativamente graduada según la escala descrita y fielmente registrada en sus correspondientes cuadros.

Admítase por lo general que la intensidad dinámica de las contracciones está en relación directa á la intensidad de la anestesia, como lo ha comprobado **Spiegelberg**, aún desde los primeros momentos de la narcosis ; pero hay muchos autores que pretenden arribar á un determinado grado de analgesia, de la que tan espiritualmente se ha burlado **Payot** (quién no cree ni en la analgesia ni en la hipodinamia inicial) sin perturbar en lo mínimo la contracción. (**Neumann**, **Bukojemsky** (59), **Westermarck** (l. c.), **Allwright** (l. c.), **Chaigneau** (60), **Acconci** (61), etc.

Perrin (62) en el «Diccionario Enciclopédico» termina así un artículo sobre anestesia : «La acción de los anestésicos no es regularmente progresiva, á menudo es accidentada por bruscos retornos de la sensibilidad». Si á mí se me exigiera un juicio breve sobre asunto tan controvertido, diría que **Perrin** no tiene razón, puesto que es posible obtener en un buen porcentaje, una anestesia rectilínea ó

casi sin ondulaciones. Tampoco tienen razón los que sostienen *como regla general* ese desdoblamiento ó falta de correlación entre el dolor y la intensidad de la contracción. Van á demostrarlo los siguientes resultados personales :

INTENSIDAD

Sobre 13 casos, la intensidad en el período *dilatante* :

Permaneció invariable.....	3 veces (obs. 6, 9, 10)
Aumentó	1 vez (obs. 12)
Disminuyó	9 veces

A saber :

2	disminuyeron 1 grado (obs. 14, 16)
3	» 2 grados (obs. 11, 13, 18)
4	» 3 grados (obs. 1, 17, 19, 20)

Sobre 7 casos, la intensidad en el período *expulsivo* :

Permaneció invariable.	5 veces (obs. 2, 3, 5, 7, 15)
Disminuyó	2 veces (obs. 4, 8)

CONCLUSION — Es frecuente, *aunque no habitual*, que con el cloroformo á la reina la intensidad per-

manezca invariable, no obstante la sedación procurada. En el período expulsivo la intensidad es menos susceptible á modificaciones desfavorables que en el dilatante.

Estableciendo un parangón entre dolor é intensidad, las adjuntas curvas demuestran claramente que los efectos de la anestesia á la reina son en más de la mitad (12 : 8) de los casos, paralelos, ó sea que : *El índice de atenuación dolorífica y dinámica es más ó menos el mismo en dicha cloroformización*. Pero vale notar que *la atenuación dinámica* está menos expuesta á oscilaciones bruscas que la atenuación dolorífica. (Tal vez sea esto debido á un error de observación, dado que es más fácil notar cambios doloríficos que dinámicos).

En cuanto á la intensidad de las contracciones *después de la anestesia*, puede decirse que en general también aumenta como el dolor, aunque no con la regularidad de éste. He aquí el resultado :

Aumentó..... 9 veces (obs. 1, 6, 8, 9, 11, 13, 17, 18, 20)

Disminuyó 1 vez . (obs. 12)

Permaneció

invariable .. 6 veces (obs. 2, 3, 7, 10, 14, 16)

Cuatro anestesia (obs. 4, 5, 15, 19) fueron interrumpidas por la expulsión fetal.

DURACION DE LAS PAUSAS

I.—*Regularidad de las contracciones :*

Sobre 20 casos hanse practicado 13 anestias en el período dilatante y 7 en el período expulsivo.

A)—Sobre 13 anestias en el período dilatante :

La frecuencia no su-
fre modificación

apreciable (obs. 1, 6, 13, 17) en 4 casos

La frecuencia se

hace más regular. (obs. 10, 12, 14, 19, 20) en 5 casos

La frecuencia se

hace irregular..... (9, 11, 16, 18) en 4 casos

B)—Sobre 7 anestias en el período expulsivo :

La frecuencia no sufre mo-

dificación apreciable..... (obs. 2, 4,) en 2 casos

La frecuencia se hace más

regular..... (obs. 3, 5, 15) en 3 casos

La frecuencia se hace más

irregular..... (7,8) en 2 casos

Sobre un total de 20 casos, las pausas, pues, se *irregularizan* en la minoría de ellos (6).

II.—*Frecuencia de las contracciones :*

A)—En el período dilatante, las contracciones

Permanecieron invariables :

en 2 casos..... (obs. 6, 14).

Se hicieron más frecuentes :

en 6 casos..... (obs. 9, 10, 12, 13, 19, 20)

Se hicier. menos frecuentes :

en 5 casos..... (obs. 1, 11, 16, 17, 18)

B)—En el período expulsivo

Permanecieron invariables :

en 1 caso..... (obs. 4)

Se hicieron más frecuentes :

en 5 casos..... (obs. 2, 3, 5, 7, 15)

Se hicier. menos frecuentes :

en 1 caso (obs. 8)

CONCLUSION — El cloroformo á la reina determina aproximadamente la mitad de las veces una mayor frecuencia de las contracciones. No hay gran diferencia entre el período dilatante y el expulsivo.

III—*Número de contracciones en un tiempo igual :*

El cálculo anterior está hecho á base de los gráficos de las pausas. Ahora bien, se ha estudiado también el punto, *contando el número de contracciones* ocurridas en un lapso de tiempo aproximadamente

igual (lo más igual posible) elegido antes y durante la anestesia. El resultado va aquí detallado :

A)—Las contracciones dilatantes durante la anestesia :

Aumentan	7 veces (obs. 1, 9, 10, 12, 13, 17, 20)
Disminuyen	4 veces (obs. 6, 11, 14, 16)
Perm. invariables.	2 veces (obs. 18, 19)

B)—Las contracciones expulsivas durante la anestesia :

Aumentan	3 veces (obs. 2, 3, 15)
Permanecen invariables.	4 veces (obs. 4, 5, 7, 8)

El resultado de esta rúbrica es, pues, análogo al de la rúbrica anterior, porque aquí también hay aproximadamente *en la mitad de los casos, mayor frecuencia* de las contracciones *durante la anestesia*. Como detalle curioso agregaré que en el período expulsivo la frecuencia de las contracciones no disminuyó *ni una sola vez*.

DURACION DE LAS CONTRACCIONES

I.—La duración de las contracciones durante el cloroformo á la reina :

	En el periodo dilatante	En el periodo expulsivo
Perm. invariable. 5 veces (obs. 9, 10, 13, 18, 19)		2 veces (5, 15)
Se regularizó.... 0 „	— —	1 „ (2)
Se irregularizó... 8 „ (obs. 1, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 20)		4 „ (3, 4, 7, 8)

CONCLUSION — Más de la mitad de las parturientes tienen bajo la acción del cloroformo á la reina, tanto en el período dilatante como en el expulsivo, *contracciones de duración más irregular* que antes de la anestesia.

II.—Las oscilaciones relativas á la duración de las contracciones bajo anestesia clorofórmica fueron las siguientes (véase gráficos) :

A)—Máximas :

	Per. dil.	Per. exp.
Sobrepasaron la máxima sin anestesia.....	8 veces	5 veces
Permanecieron al mismo nivel.....	2 „	0 „
Fueron menores	3 „	2 „

B)—Mínimas :

Excedieron la mínima sin anestesia (más altas).....	3 veces	3 veces
Permanecieron al mismo nivel.....	3 „	0 „
Fueron aún más bajas	7 „	4 „

CONCLUSION — En la mayoría de los cloroformos á la reina, las oscilaciones de la duración de las

contracciones son *más amplias* que en los partos sin anestesia.

Por lo general, la duración de las contracciones se hace al principio de la anestesia *mayor*, y al final de dicho cloroformo, *menor que antes de la anestesia*. Hay una verdadera *prolongación inicial* del dinamismo útero abdominal, seguida luego de una *reducción ulterior compensadora*.

III.—La duración media de las contracciones, tomada sobre un número aproximativamente igual de ellas *antes y después* del cloroformo (véase historias correspondientes) fué así :

En el período dilatante :

Aumentó	5 veces (obs. 9, 12, 14, 16, 20)
Perm. invariable.	3 veces (obs. 10, 13, 17)
Disminuyó.....	5 veces (obs. 1, 6, 11, 18, 19)

En el período expulsivo :

Aumentó	4 veces (obs. 4, 5, 7, 8)
Perm. invariable.	1 vez (ob. 15)
Disminuyó.....	2 veces (obs. 2, 3)

CONCLUSION — En la mayoría de los casos la duración media de las contracciones *aumenta ó per-*

manece invariable bajo la acción del cloroformo á la reina.

RELACION ENTRE PAUSA Y DURACION DE LAS CONTRACCIONES

Bajo el punto de vista de la *regularidad*, no existe paralelismo entre pausa y duración de las contracciones, pues solo en 5 casos (7, 8, 11, 13, 16) hay analogía de efectos; en los 15 restantes falla toda correlación.

Bajo el punto de vista *cuantitativo* tampoco parece existir una correlación entre el aumento de frecuencia y el aumento de duración de las contracciones.

RELACION DE FRECUENCIA Y DURACION CON INTENSIDAD Y DOLOR

A)—Dolor y frecuencia :

No hay casi correlación, porque no obstante la invariable sedación obtenida en todos los casos, á excepción de uno en que el dolor aumentó, han ocurrido, sin embargo, grandes variantes en cuanto á la frecuencia de las contracciones, frecuencia que

ha aumentado, como he dicho, nada menos que en la mitad de las cloroformizadas.

B)—Dolor y duración :

Lo mismo puedo decir de esta relación ó correlación que no existe bajo el punto de vista de *la duración media* puesto que ella aumenta en la mitad aproximada de la serie. Otra cosa es bajo el punto de vista aislado. Así dirigida la observación, se descubren algunas superposiciones.

C)—Intensidad y frecuencia :

Salvo un caso de hipercinesis, tampoco se descubre una correlación individual entre estos dos elementos. En general la intensidad y frecuencia de las contracciones no aumentan ni disminuyen paralelamente.

D)—Intensidad y duración :

Aquí hay cierta correlación. La coincidencia ó paralelismo ha sido hallado en 7 casos (obs. 1, 10, 11, 12, 15, 18, 19).

CONCLUSIONES — *En términos generales puede establecerse que el dolor tiene mucha correlación con la intensidad, poca con la frecuencia y ninguna con la duración de las contracciones.*

EXPERIENCIA PERSONAL SOBRE PERIODO DE ALUMBRAMIENTO Y POST-PARTUM INMEDIATO—En general se admite hoy que el peligro de la atonía no está completamente excluído en la anestesia á la reina, pero en la anestesia bien hecha éste es muy remoto.

En la serie adjunta se ha tenido presente la pérdida sanguínea y la duración del período de alumbramiento.

La pérdida sanguínea no se ha *pesado* por no existir un procedimiento práctico y seguro ; se ha calculado únicamente, debiendo advertir que dichos cálculos han sido realizados en cada caso por mí y por diferentes personas del establecimiento con el fin de obtener cifras medias más próximas á la verdad.

Ninguna de las 19 mujeres en cuestión (correspondientes á 20 anestias) ha tenido una pérdida sanguínea mayor de 300 gramos. El término medio de la pérdida sanguínea en estos 19 casos ascendió á 144 gramos.

Todos los alumbramientos fueron naturales y espontáneos, sea con la fuerza abdominal exclusiva ó ayudados con una simple presión del abdomen, que nunca alcanzó los caracteres de una expresión Credé.

La duración máxima del período de alumbramiento fué de 45 minutos. La duración *media* sobre 19 casos llegó apenas á 10 minutos.

CAPITULO IV

Otros efectos de la cloroformización "á la reina"

A.—ACCION DEL CLOROFORMO SOBRE EL PERINE

Hasta aquí he hablado de los efectos clorofórmicos notados en la musculatura uterina y abdominal.

¿Cuál es ahora, la acción del cloroformo á la reina sobre el periné ? ¿Facilita su distensión y previene sus desgarraduras ó sucede todo lo contrario ?

Cazeau, citado por Pinard, opina que una de las desventajas de la anestesia por el cloroformo ó por el éter, es la propiedad que tienen estos narcóticos de disminuir la resistencia perineal. Las consecuencias prácticas que de ello derivarían serían muy importantes, pues un periné que cede sin lesión, es decir, que se distiende suficientemente, mejora en grado sumo el pronóstico de la parturiente y de la puerpera.

Blot (1. c.) en cambio, no cree como **Cazeau** que el cloroformo á la reina pueda evitar una desgarradura *inevitable sin anestesia*, haciendo notar que en el denominado periné hay una serie de elementos representados por planos fibrosos, celulares, adiposos, mucosos y cutáneos, los cuales no serían mayormente influenciados por el anestésico. **Blot** conceptúa, además que una gran distensión muscular producida por la acción clorofórmica, impediría una enérgica contracción. Supongo que este autor quiere referirse á la inhibición abdominal refleja, ya que la «contracción» del periné no es necesaria, aunque sí su retracción.

De los argumentos aducidos por **Blot**, el de más peso es á mi juicio el referente á la multiplicidad de tejidos perineales, cuya mayoría, indudablemente, no responde á la acción relajante del anestésico. La exactitud de la objeción de **Blot** es innegable. Como **Sellheim** (63) y el autor del presente trabajo (**Berutti**) (64), lo han repetido en diversas publicaciones, el periné no es un *plano*; es un *espacio* y un espacio ocupado por una serie de tejidos de la más variada elasticidad y distensibilidad. Sólo á los músculos les es dado reaccionar ampliamente á la acción anestésica y de ahí el escaso valor del cloroformo como *relajador perineal*. No debemos olvidar, por otro lado, que en un gran porcentaje de desgarraduras llamadas *perineales*, lo que se desgarró no es el músculo, sino

la *mucosa vaginal* y la *piel*, tejidos que escapan á la influencia de la cloroformización atenuada. Y una prueba de que la piel está tal vez más expuesta con cloroformo que sin él, nos la dan los mismos parteros anestésistas, por el especial cuidado que éstos toman al ordenar á la parturiente cloroformizada que no puje con violencia en el momento del desprendimiento, exhortación que si la anestesia á la reina no está bien hecha, al ser la primera desoida, puede resultar la segunda en extremo perjudicial.

Barnes (l. c.) hasta se atreve á sostener que las desgarraduras perineales son más frecuentes bajo la anestesia á la reina bien hecha ;pero **Pinard**, al atribuir esta mayor frecuencia de las desgarraduras á los «efforts saccadés» por él notados, de la parturiente anestesiada, deja traslucir otros momentos etiológicos. Ahora, este factor materno que se agrega y que está representado por el «effort saccadé», sería para **Pinard** un fenómeno normal y ordinario de la anestesia á la reina ; para otros, en cambio—y me quedo con éstos—el «effort saccadé» resultaría habitual en el cloroformo á la reina *mal administrado* y no existiría en la semi-anestesia practicada con buena técnica.

Para **Simmons** (65), **Allwright** (l. c.), **Chaigneau**, el cloroformo, además de un sedante y regularizador de la prensa abdominal, sería un verdadero protector perinal, con lo que **Spiegel-**

berg no está en estos último de acuerdo. **Spiegelberg** (1. c.) no aconseja la cloroformización en el período de desprendimiento porque considera conveniente la orientación de la mujer para proteger dicho periné. Es muy posible que ese «*effort saccadé*», observado por **Pinard**, como peculiar á la anestesia, sea una consecuencia de la desorientación de la parturiente, debido á un hiperdosaje clorofórmico. Y ésta es, á mi juicio, una de las razones por la cual no se debe *aumentar* la dosis clorofórmica en el período de *desprendimiento*, como lo aconsejaba **Allvright** desde antaño, y como lo practican muchos parteros contemporáneos, que hacen *dormir* á la enferma al final del trabajo para que no sienta absolutamente nada.

EXPERIENCIA PERSONAL — El número de desgarraduras perineales alcanzó sobre 19 casos (1 repetido) á dos; ambas de 2º grado y en primerizas. 14 primerizas eran menores de 30 años (una de 11 años) y solo una de 36. Las 4 restantes fueron múltiparas (3 secundíparas y 1 tercípara).

El escaso material de que dispongo en este sentido, no me autoriza á sacar conclusiones estadísticas, pero haciendo un balance de todo lo que en pro y en contra de esta cuestión se ha dicho, terminaré el capítulo con el siguiente juicio :

El cloroformo á la reina, sin disminuir las desgarraduras perineales, tampoco las aumenta, y si las aumenta es por *razones de mala técnica*. Sacar á relucir estadísticas sobre este punto es, á mi entender, enteramente impropio, tan grande resulta la serie de factores que intervienen y que impiden una deducción exenta de errores.

B.—ACCION DEL CLOROFORMO SOBRE LA MARCHA DEL TRABAJO

La acción del cloroformo á la reina sobre la marcha del trabajo es un tema que bien pudiera haber sido comprendido dentro de los anteriores, puesto que la marcha del trabajo depende en primera línea de la dinámica útero-abdominal. Sin embargo, como los autores suelen tratarlo separadamente, no hallo inconveniente en discutirlo así.

Caería en inútiles repeticiones si enumerara los interminables pareceres que sobre este tópico se han emitido. Podría hacer aquí también cuatro divisiones, ya que, como he dicho, todo estriba principalmente en la contracción útero-abdominal. Para abreviar solo mencionaré dos ó tres opiniones :

Pinard (l. c.) que en la época de su tesis no se atrevía aún á una respuesta categórica respecto á

la acción del cloroformo á la reina sobre la marcha del trabajo, aventurábase, sin embargo, á decir que en el período dilatante aquella «n'est point accélérée», mientras que en el período expulsivo es «manifestement retardée».

Ribemont (l. c.) no considera de gran valor científico la afirmación de que el cloroformo á la reina prolonga el trabajo; y un autor reciente, **Gheorghiu** (l. c.) opina que aquel lo acorta; cabe decir en general, que todos los que admiten la acción ocitócica del cloroformo á la reina, deban por razones de lógica, admitir una aceleración del trabajo.

EXPERIENCIA PERSONAL — El presente estudio puede en parte aclarar la cuestión.

En mis anestésias, la marcha del trabajo *no ha sido perturbada* por lo que á duración atañe.

El período dilatante duró término medio :

21 horas 41 minutos (sobre 15 primerizas)
15 „ 16 „ (sobre 4 múltiparas)

El período expulsivo duró término medio :

1 hora 32 minutos (sobre 15 primerizas)
— 32 $\frac{1}{2}$ „ (sobre 4 múltiparas)

No hay, pues, una variante manifiesta en estos partos á la reina en cuanto á la *duración* del trabajo.

Ahora bien, tratándose de anestésias cortas y leves no debe extrañar la poca diferencia habida entre partos con y sin anestesia. Más interesante es saber con qué rapidez se hizo el trabajo, teniendo en cuenta *la dilatación uterina y la progresión fetal* :

A.—En el período dilatante, sobre 13 parturientes :

1º	La <i>dilatación</i> avanzó en	9 casos
»	» no avanzó en	2 »
»	» fué imperceptible en	2 »

2º La *progresión fetal* fué :

Rápida en	3 casos
Regular en	3 »
Lenta en	4 »
Nula en	3 »

B.—En el período expulsivo, sobre 7 anestésias (6 parturientes) la *progresión fetal* fué rápida 6 veces y lenta una vez.

Concluyo de esto, que la marcha del trabajo en cuanto á su rapidez no ha sido perturbada. La perturbación «aparente» (casos en que no hubo pro-

gresión) se explica perfectamente teniendo en cuenta la corta duración de las anestias (de 1/2 hora más ó menos) que, como es natural, no podían influir en la apreciación total de la marcha del trabajo.

Apoyado en los resultados obtenidos en mi serie, considero que la marcha del trabajo no es perturbada bajo la acción del cloroformo á la reina, siempre que éste sea de corta duración y bien graduado.

C.—CLOROFORMO A LA REINA Y FRECUENCIA OPERATORIA

En cuanto á la frecuencia operatoria de las mujeres cloroformizadas á la reina, por análogos motivos á los enunciados más arriba, existe idéntica anarquía de criterio. Hay, sobre todo, muchísimas circunstancias que desorientan la investigación y es por eso que tampoco puede creerse mucho en las estadísticas, particularmente en las estadísticas antiguas, como esa encuesta inglesa á que hice referencia en otro sitio (15 respuestas negativas contra 9 positivas).

Las causas de error para hacer el cálculo de la frecuencia operatoria, pueden consistir tanto en el descuido de una contraindicación como en el empleo

de una mala técnica. No se olvide que por lo general las mujeres que *piden* cloroformo están de antemano más expuestas á una intervención (agotamiento psíquico) que las que no lo reclaman. Esto por un lado favorece á los que admiten una mayor frecuencia operatoria, pero por otro, conviene tener presente que muchas estadísticas están preparadas á base de casos seleccionados.

Sacando una resultante de tanta experiencia contradictoria ajena y de mi propia experiencia (100 % de partos espontáneos) considero que desde que en el cloroformo á la reina, *tal como debe entenderse*, no existen trastornos dinámicos ni retardo del trabajo, no hay tampoco por qué atribuirle, como lo hace **Stiassny** (l. c.), una mayor frecuencia operatoria, pues dicho cloroformo no predispone al sufrimiento materno ni al fetal; muy distinta cosa ocurriría con la semi-anestesia clorofórmica á la Simpson, prolongada durante todo el período expulsivo. Ahí sí que no sólo es posible, sino hasta lógico el aumento de las probabilidades quirúrgicas. Insisto, pues, en este distingo fundamental. Más aún; bajo la base de cloroformizaciones suaves y cortas creo que el cloroformo puede *hasta evitar* intervenciones en el parto natural, de la misma manera que el sueño crepuscular de escopolamina-morfina evita, por embotamiento ó supresión del factor psíquico, infinidad de forceps de complacencia. No es este el sitio de hacer compa-

raciones, pero notaré que el sueño crepuscular, no obstante producir hipodinamias, desconocidas en el cloroformo á la reina *atenuado*, es capaz de evitar multitud de esos forceps que los alemanes han bautizado irónicamente con el nombre de «forceps de salón».

CAPITULO V

Inconvenientes y peligros del cloroformo “á la reina” durante el trabajo

I.—*El síncope clorofórmico :*

¿ Puede ser peligrosa para la madre la administración de cloroformo en el parto ?

Que el cloroformo en las narcosis completas es peligroso, y más peligroso que otros anestésicos, nadie lo discute. Basta citar los infinitos casos de accidentes clorofórmicos simultáneos á la intervención y huelga recordar sus trastornos alejados. (Degeneraciones grasas del hígado (**Akimowa-Perez**) (66) ; degeneraciones del riñón y corazón, destrucciones del tejido nervioso (**Raisky** (67), **Clark** (68), **Muskens** (69), etc.). De tal manera, que la famosa frase de **Flourens** sigue siendo exacta para

la anestesia profunda : « Si el éter es un agente maravilloso y terrible, el cloroformo es aún más maravilloso y terrible ».

Pero no se trata aquí de la anestesia profunda, de la narcosis quirúrgica. Trátase de una anestesia menos intensa, administrada con el solo fin de *atenuar, más que suprimir, el dolor*.

¿ Puede haber un peligro de muerte mediante la cloroformización atenuada en el parto fisiológico ?

Ribemont (1. c.) no considera como contraargumento serio el peligro de muerte en la cloroformización á la reina y no teme al síncope en el parto fisiológico. Pero igual ó mayor respeto merecen las siguientes palabras de **Payot** : « Nous avons cependant la conviction profonde qu'on peut mourir du chloroforme pur et bien administré ».

Por lo pronto, conviene no olvidar ciertos antecedentes de valor, aún para la anestesia atenuada : Según **Nogué** (70), la escala de nocividad anestésica estaría así representada : 1º, cloroformo ; 2º, mezcla de cloroformo y éter ; 3º, éter ; 4º, bromuro de etilo ; 5º, cloruro de etilo ; 6º, protóxido de azoe.

Según **Tillmanns** (71), la estadística levantada por la Sociedad Alemana de Cirugía, respecto á la morbilidad clorofórmica, ascendería sobre 327.593 anestias á 1 por 2.444, cifras que coinciden en términos generales con las estadísticas in-

glesas de **Rendle** (1 : 2666), **Zachrisson** (1 : 3045), **Richardson** (1 : 1250).

Tales antecedentes han influido poderosamente sobre los cirujanos alemanes pues en una encuesta realizada hace poco por **Neuber** (72) se llega al increíble resultado de que sobre 71052 narcosis por inhalación, sólo la *cuarta parte* fué realizada con cloroformo puro y exclusivo (anestesia quirúrgica).

Más interesantes para nuestro tópico son los datos suministrados por **Kappeler**, referentes á las muertes clorofórmicas ; constata este ante todo, el ventajoso hecho de que, en relación, mueren bajo el cloroformo más hombres que mujeres ; pero, y aquí toco el punto capital, **Kappeler** descubre que un gran porcentaje de las muertes clorofórmicas ocurren *antes* de la anestesia completa y que la cantidad de cloroformo en 46 éxitos letales por él recopilados, fué, término medio, de *once gramos y diez centigramos*, habiendo ocurrido muertes con solo *veinte gotas*. **Lehmann** (73), menciona varios casos de muerte clorofórmica inicial ; uno de ellos, para nosotros muy instructivo, es el de una joven cuyo deceso tuvo lugar completamente al comienzo de la narcosis, en el instante que se desencadenaba una gran tormenta. Esta última circunstancia, al parecer pueril, es de tenerla presente.

Creo haber demostrado en forma indiscutible, que con mínimas dosis de cloroformo administradas en el

período inicial de la anestesia, es posible un accidente fatal. Pero no es necesario arribar á dichos grados para que pueda producirse la catástrofe. Concretaréme á mencionar las muerte por emoción, por miedo ó por excitación. Conocido es el clásico caso de **Desault**, quien al querer practicar una litotomía y señalar con el dedo la dirección de la incisión sobre la piel del paciente, éste dió un grito y quedó muerto antes de dar comienzo la anestesia. Recuerdo también el interesante y desgraciado caso de **Cazeaux** en que tratándose de una pseudo-cloroformización (no hubo inhalación de anestésico alguna), muere el sujeto repentinamente, como muere el enfermo de **Simpson** y el enfermo de **Verneuil**.

Semejantes ejemplos son raros por ventura. Por otro lado, la excitación «ante operationem» es en general mayor que la que experimenta una mujer durante el parto fisiológico, sobre todo si se tiene en cuenta que la anestesia se hace comunmente á pedido de la misma enferma. Pero la *rareza* no excluye la *posibilidad*, posibilidad existente hasta en los animales, según indagaciones de **Vulpian**. Sobre la naturaleza de estas muertes por síncope cardíaco ó pulmonar, no voy á detenerme. Sólo quiero notar en apoyo de mi tesis, que el síncope nasal, el cual, como es sabido, ocurre al comienzo de la anestesia, puede por lo tanto producirse también en la anestesia á la reina, puesto que para ello no es ne-

cesaría una dosificación elevada ; y una prueba de que es temido en la sedación del parto natural, la descubrimos en las medidas que muchos parteros toman para evitarlo, obturando los orificios nasales. Idénticas reflexiones caben para el reflejo laríngeo, constatado por **Claudio Bernard**.

En mi práctica obstétrica civil y hospitalaria, nunca he presenciado una muerte por cloroformo á la reina, pero he sido testigo de un síncope clorofórmico inicial y mortal en un aborto. La anestesia, pues, no se aplicaba ahí con objeto sedativo, sinó con fines tocúrgicos. Era una retención de placenta en un aborto incompleto con hemorragia no muy abundante. Este caso quédome intensamente grabado en la memoria por tratarse de uno de los primeros que tuve oportunidad de asistir en la policlínica urbana de una ciudad de Alemania (Freiburg). La enferma (cuyo examen clínico nos llevó al diagnóstico de un organismo normal), habría inhalado apenas 10 gotas de cloroformo, cuando su corazón y sus pulmones dejaron bruscamente de funcionar, en pleno estado de lucidez, sin haber habido la menor excitación y mientras se esperaba, con las manos desinfectadas, el momento de la resolución para intervenir. Ni la autopsia, ni el análisis químico del cloroformo aclararon mayormente este síncope inicial.

Casos como el que he narrado son en extremo raros en el parto, dada la notable tolerancia clorofórmica de la parturiente, reconocida en especial por **Budin** (1. c.). **Bar**, en su tratado, observa con exactitud que en la parturiente el síncope clorofórmico mortal, es «presque inconnue».

La indiscutible tolerancia clorofórmica de la parturiente ha sido explicada de diferentes modos ; á mi juicio la interpretación más completa y más plausible que he hallado es la de **Ballantyne** (74, 75) : «Aumento de la tensión arterial. Aumento de la cantidad total de sangre, especialmente en la segunda mitad del embarazo. Hipertrofia del corazón. Aceleración del pulso en el momento del dolor, por compresión abdominal de los vasos. Mayor intensidad de las expiraciones. Respiración más central. Aumento de la tensión sanguínea. Excitación del centro inspiratorio. Estímulo del centro respiratorio por la distensión de la vagina y la vulva».

Pero á pesar de la mencionada tolerancia, no estamos libres de los síncope mortales del cloroformo á la reina y terminaré este capítulo con un párrafo muy atinado de **Bucura** (76). Este dice en su texto de obstetricia : «Como precisamente las muertes por narcosis ocurren en general al comienzo de la anestesia, se debe ser muy precavido aún en la llamada Seminarcosis clorofórmica (Halbschlaf), que es

practicada corrientemente en el público á instancias ó por exigencia de la cliente ó sus allegados».

II.—*Trastornos generales :*

Aclarado el primer punto en el sentido de que no es posible preveer el síncope mortal del cloroformo, pasemos á una segunda pregunta :

¿Qué accidentes ó trastornos puede determinar el cloroformo obstétrico ?

No hablaré de los estados de saturación, tan bien estudiados por **Mlle. Trison** (77), quien afirma que la muerte puede ocurrir sin saturación de la sustancia blanca ; heme de concretar únicamente á la anestesia incompleta.

¿Son frecuentes é importantes las perturbaciones circulatorias, respiratorias y térmicas en el parto mitigado por el cloroformo ?

Conocida es la acción hipotensora del cloroformo, en contraposición á la del éter ; conocida es también su acción sobre el aparato respiratorio y sobre la regulación térmica. Pero en la anestesia clorofórmica atenuada, aplicada al parto fisiológico, es extraordinariamente difícil el esclarecimiento exacto de los fenómenos enunciados, pues en aquél median una serie de circunstancias (cuya enumeración omito para ser breve), que imposibilitan un contralor exacto y exento de errores. En términos generales,

la práctica acumulada por los maestros, permite sentar como principio, que los trastornos circulatorios y respiratorios son muy raros en la cloroformización atenuada, aplicada al parto normal. En cuanto á los trastornos térmicos, v. **Winckel**, en su notable memoria, ya algo antigua, comprueba que la temperatura no es mayormente influenciada por la analgesia obstétrica clorofórmica. A idénticas conclusiones llega **Pinard** en su tesis.

Tocante á vómitos, sudores, cefáleas, etc., tanto la experiencia de los libros, como la que personalmente he podido recoger, concuerda en no atribuirles mayor significado. El cloroformo á la reina bien hecho está libre, salvo pocas excepciones, de todos estos trastornos secundarios; al contrario, hay una notable tolerancia. Dije «excepciones» porque no es posible prescindir de ellas, que paso á discutir :

INTOLERANCIAS — Entre los efectos desfavorables del cloroformo á la reina constatables una que otra vez, figuran en primera línea las intolerancias, que pueden ser de diferentes clases, á saber :

1º *Intolerancias por susceptibilidad anestésica* — Una dosis mínima de 2 á 3 gotas, es capaz de producir efectos profundos, sobrepasando el estado de semi-anestesia y *sin que intervenga la sugestión*.

2º *Intolerancias por idiosincrasia circulatoria y respiratoria* — De ellas he hablado ampliamente en otro sitio. Por desgracia, nunca son diagnosticadas á tiempo.

3º *Intolerancias nerviosas y sensitivas* — Están caracterizadas por el síncope reflejo, por excitaciones generales más ó menos pronunciadas, por hiper-cinesis uterinas, por sobreexcitaciones de ciertos nervios doloríficos (por ejemplo, la hiperalgesia uterina), por susceptibilidades olfativas, etc., etc.

De todas estas intolerancias, sólo me falta considerar dos de ellas : Las *excitaciones* y las *susceptibilidades olfativas*.

En cuanto á la existencia de las primeras, no hay discusión posible. **Pinard** relata en su tesis dos casos típicos de excitación general tan grande, que vióse obligado á suspender el cloroformo. En mi serie, también hay un hermoso ejemplo ; y es interesante notar que todas estas personas hipersensibles á la acción del cloroformo, son por lo común refractarias también á la acción sedativa. Pero hay excepciones. La mujer á la que ahora voy á referirme, fué cloroformizada dos veces en el mismo trabajo ; en la primer anestesia hubo la más completa intolerancia y en la segunda, la más perfecta sedación.

Hay mujeres en quienes el cloroformo actúa excepcionalmente como ocitócico y algógeno, aumentando la dinámica útero-abdominal é intensificando los dolores del parto. En la parturiente de la Maternidad á que hago referencia (obs. 12), las cuatro curvas tomadas y la historia adjunta, explican mejor que mis palabras este curioso caso de efectos clorofórmicos contraproducentes, que cesaron en cuanto se suspendió la anestesia ; en él todo aumentó y es el único en que se puede hablar de un completo y cuádruple paralelismo : Dolor, intensidad, frecuencia y duración de las contracciones. Como dato interesante, observaré que en esta mujer, tanto la sensibilidad cutánea como la motilidad general permanecieron invariables ; no hubo *la menor excitación general*. Pero á la inversa, hay entre la serie, algunos casos de sedación acompañada de excitación nerviosa, á saber :

Caso 18 : Ligera excitación inicial con inteligencia intacta ; 15 grs. de clor. en 41'. Sedación.

Caso 16 : Excitación clásica ; sensorio perturbado ; hiperestesia ; motilidad aumentada ; 10 grs. de cloroformo en 20'. Sedación.

Caso 2 : Nerviosidad. Temblores. Sedación ; 5 gramos de clor. en 16 minutos.

Respecto á las intolerancias por susceptibilidad olfativa, es incuestionable que el cloroformo resulta para algunas mujeres sumamente desagradable, no sólo por los fenómenos inherentes á toda inhalación

(opresión, sensación de asfixia, angustia, etc.), sino por su *olor*. Conozco señoras á quienes el olor del cloroformo les resulta casi intolerable y sin embargo son grandes amigas de la sedación en el parto.

Hay otros anestésicos por inhalación de olor menos desagradable que el cloroformo, como por ejemplo el gas hilarante, el cloruro de etilo y hasta el éter.

El sueño crepuscular de escopolamina tendría bajo este punto de vista, como todo sedativo administrado por vía extra-pulmonar, una evidente ventaja sobre el cloroformo y todos sus sucedáneos.

Para finalizar, agregaré que el olor, así como juega cierto papel en la «praxis aurea», no desempeña ninguno en el hospital. Es extraordinariamente raro descubrir una parturiente de maternidad susceptible al olor del cloroformo. Ninguna de las parturientes de mi serie rechazó la cloroformización, ni al comienzo ni durante ella ; y nadie se quejó de haber experimentado sensaciones desagradables ; una solo declaraba «sentirse morir» durante la anestesia, lo que no fué óbice para solicitar aún más cantidades de cloroformo.

III.—*Efectos psíquicos del cloroformo á la reina :*

Entre las desventajas del cloroformo á la reina suélese incluir ciertos efectos psíquicos que aquél

puede acarrear en el parto natural. Algunos detractores consideran al cloroformo obstétrico como un recurso *inmoral*, por haber éste provocado, según dichas personas, excitaciones y hasta alucinaciones sexuales que, ocurridas en ausencia de testigos, hubieron de comprometer seriamente la reputación del médico.

Huelga repetir, sin embargo, que ésta no sería una característica exclusiva del cloroformo, porque todos los narcóticos (desde la escopolamina hasta el cloruro de etilo) pueden provocar estados eróticos y alucinaciones semejantes. Las alucinaciones eróticas son, por otra parte, sumamente raras en el cloroformo á la reina y cuando suceden, solo se ven en neurópatas, previamente descubiertas por el médico. Por último, sería en extremo excepcional que el anestesista fuese la única persona presente en el local donde la mujer está librando, la cual siempre tiene quien la acompañe en el trance, porque la que no encuentra protección, muy difícil será que tenga á su lado un cloroformista.

Háse también hablado de los peligros que un cloroformo á la reina puede aportar en cuanto á la *indiscreción*, haciéndose públicos aquellos secretos que la misma cliente ó su familia tienen especial interés en ocultar.

A ésto podría responderse : 1º, que en la cloroformización á la reina *bien hecha* no hay pérdida de

lucidez y la mujer puede por lo tanto ocultar todo lo que se le antoje; 2º, que aún en el caso de una revelación involuntaria por parte de la enferma, aquélla está salvaguardada por el secreto profesional, quedando el hecho entre los circundantes únicamente.

Por mi parte, jamás he observado alucinaciones eróticas en la parturiente cloroformizada á la reina, ni nunca he presenciado conflictos semejantes á los que acabo de exponer.

Para concluir con la enumeración de los inconvenientes clorofórmicos, recordaré que este agente (sobre todo cuando se da en exceso) puede determinar amnesias totales ó parciales del trabajo, amnesias que á su vez podrían favorecer ciertos delitos por parte del médico ó de los presentes durante el parto, como por ejemplo, el rapto ó la substitución del niño; ó á la inversa, servir á la madre de pretexto para una acusación criminal contra el anestesista ó sus acompañantes.

No me incumbe el estudio de tales incidencias médico-legales, también posibles con otros métodos *sedativos* (Seño crepuscular, hipnotismo, etc.).

CAPITULO VI

La cloroformización y el puerperio

Mi serie es aquí de insignificante valor para sacar deducciones de importancia. Por razones de documentación agregaré que todos los puerperios de las anestesiadas fueron perfectamente normales y sin incidencias de ningún género. El alta se dió entre el 6º y el 9º día.

Supliré esta insuficiencia con algunas consideraciones pertinentes.

Todo factor incapaz de perturbar la evolución natural del trabajo de parto, puede ser también un perturbador del puerperio. Para los que opinan que el cloroformo debilita ó retarda la retractsibilidad del útero, no hay duda que éste puede actuar desfavorablemente sobre la involución. Y una de las razones

que induce á **Stiassny** (78) á combatir el cloroformo á la reina, es precisamente porque éste puede provocar, según él, trastornos en el período placentario.

Para los que como yo, piensan que el cloroformo *atenuado* es perfectamente inócuo en los dos primeros períodos del parto, no les es dado reconocer tampoco una acción perjudicial en el período de alumbramiento ni en el post-partum inmediato ó alejado.

Los vómitos podrían también molestar seriamente á la puerpera á causa de los enfuerzos provocados por el retardo de la alimentación. Esto, teóricamente considerado, es admisible, pero en la práctica, las cantidades de cloroformo son tan ínfimas (anestesia atenuada !) que casi no vale la pena catalogar á los vómitos entre las posibles causas de trastornos puerperales, máxime si recordamos con **Bar** (l. c.) la gran escasez de ellos en el parto y en el puerperio.

Algunos autores han creído descubrir en el cloroformo *un verdadero profiláctico contra la infección*, opinión que **Payot** no compartía, diciendo : « Nous n'avons jamais constaté non plus, chez les femmes anesthésiées, une immunité plus grande contre les accidents puerperales ». Otros más avanzados, hallan en el cloroformo un elemento predisponente á la infección. Aún cuando en general esté admitido que la narcosis, al *debilitar* el organismo,

lo predispone á la infección, no es éste un punto netamente dilucidado, pues yo he seguido (en verdad solo con anestias prolongadas y profundas, que nada tienen que ver con el cloroformo á la reina) una larga serie de casos intervenidos y, por razones que no voy á detallar, predispuestos de antemano á la infección, los cuales han hecho un puerperio admirable. La coincidencia ha sido tan grande, que me he inclinado á pensar que tal vez en las cloroformizaciones profundas ocurra una verdadera esterilización bacteriana producida por la saturación anestésica. He visto luego que no iba tan descaminado al admitir esta hipótesis, por cuanto mucho tiempo después de haberla emitido ante varios colegas de la Maternidad, leía en varios trabajos recientes, la comprobación de los efectos aniquiladores del cloroformo sobre ciertos gérmenes perniciosos introducidos en el organismo.

Pero aún admitida esa hipotética esterilización, una anestesia profunda puede relajar la fibra uterina, y un útero que no se retrae bien é involuciona lentamente, predispone á la infección.

Ahora, como un cloroformo á la reina, por peor hecho que esté, nunca puede llevar á la saturación anestésica, cuyas ventajas están por demostrar, lo único que aquél procuraría sería un retardo de la involución puerperal.

Efectos de la cloroformización en el niño

La repercusión clorofórmica maniifiéstase según los tratadistas, de dos maneras en el feto : una como consecuencia indirecta de la hipotensión sanguínea de la madre (**Runge** (1. c.), **Schroeder** (79), etc.), y otra, como consecuencia directa del pasaje del agente desde el organismo materno al organismo fetal, transmisión comprobada y demostrada por **Zweifel** (80), **Fehling** (81), **Nicloux** (82) y varios otros.

Ahora bien, para muchos autores, entre ellos **Pi-nard**, **Budin** (1. c.), **Runge** (1. c.), **Ivonneaux** (83), etc.; el cloroformo no tendría una influencia perniciosa sobre el niño. **Nagel**, mencionado por **Stiassny**, creía en una verdadera *inmunidad* fetal contra el cloroformo ; y conocida es la opinión del gran **Scanzoni**, según la cual, el cloroformo, además de ser un profiláctico contra el aborto (lo que hasta cierto punto es cierto), poseía *maravillosas propiedades para conservar la vida fetal*.

Para algunos autores, el sufrimiento fetal por cloroformo se exteriorizaría en una aceleración ó en un alentamiento de sus latidos (**Simpson**, **Houzelot**); para otros, en una reducción ó abolición de los movi-

mientos del feto, sobre todo, si aquél se da en pleno embarazo.

Existen en la literatura casos de muerte fetal intrauterina ocurrida *durante semi-anestias fugaces en los partos naturales* (**Mueller** (84), **Cohn**) (85). No creo que sea tan fácil aceptar á priori tal aserto, porque la anestesia *fugaz* tiene también sus grados ; es ese, pues, un término muy elástico. Que en las anestias profundas el feto pueda morir, nadie lo discute y una prueba de ello es el estado asfíctico y soporoso en que muchos nacen después de una narcosis clorofórmica común, sin hiperdosaje ; pero, en un semi-sueño á la reina, es casi imposible admitir una perturbación seria del organismo fetal, salvo el caso de una idiosincrasia que nunca podrá ser ni siquiera sospechada.

En general, puede decirse que con el cloroformo á la reina bien administrado no hay perturbaciones manifiestas en el organismo del niño.

Respecto á los trastornos fetales *alejados*, producidos por el cloroformo á la reina, son desconocidos en las anestias atenuadas.

En cuanto á la lactancia de las cloroformizadas, basta tener presente que aquella entra en función cuando ya los efectos anestésicos han desaparecido por completo (en la semi-anestesia), si bien en las cloroformizaciones profundas ó prolongadas ha sido comprobada en la leche una retención y acumulación.

del agente, tal vez debido á la afinidad del cloroformo con las materias grasas.

EXPERIENCIA PERSONAL — Sin haber emprendido un estudio particular sobre el latido fetal antes y durante la cloroformización y que hubiera complicado sobremanera mis otras observaciones, no he podido constatar, sin embargo, el menor sufrimiento fetal atribuible al cloroformo. Un único recién nacido correspondiente á una anestesia de 36 minutos y 7 gramos de cloroformo (obs. 20), fué expulsado en ligero estado de apnea por haber sufrido al final del período dilatante, varias horas después de suspendida la administración del agente.

CAPITULO VII

Indicaciones del cloroformo "à la reina"

Entre los puntos más controvertidos de la anestesia clorofórmica aplicada al parto natural, cuéntase el relativo á sus indicaciones.

Muchos autores, al aconsejar la administración del cloroformo en todo parto *normal*, descuidan el factor *dolor*, considerando únicamente *anormales* aquellos trabajos acompañados de trastornos orgánicos, mecánicos ó dinámicos, sin tener en cuenta que basta un dolor excesivo para que el parto ordinaria y vulgarmente conceptuado como normal, *no lo sea*. Así opinaban **Simpson**, quien según **Payot**, á pesar de recomendar el cloroformo en el parto natural, no lo practicaba luego ; **Spiegelberg** (l. c.), el introduc-

tor del cloroformo en Alemania ; **Smith** (86), (87), su gran propagandista londinense ; **Allwright** (l. c.), según el cual todo parto fisiológico debía ser asistido con una suave anestesia clorofórmica ; **Smith** (88) y **Baldwin** (89), que aconsejaban el cloroformo en el parto normal, el primero para facilitar los pujos y el segundo para evitar el agotamiento psíquico ; **Simmons** (l. c.), **Meyer** (90), **Ballantyne** (l. c.), **Bukojemssky** (l. c.), etc., etc. **Strassman** (91), emplea el cloroformo en todos los partos. **Gheorghiu** (l. c.), partidario decidido del cloroformo en el parto normal, lo recomienda siempre que este último dure más de lo debido, porque cree que aquél acorta el trabajo.

De todos los autores mencionados y á excepción de **Gheorghiu**, quien sin quererlo, establece una indicación patológica del cloroformo á la reina, puesto que un parto «que dura más de lo debido» nunca puede ser normal, ninguno hay que haga distinguos especiales. Son fisiologistas.

Ahora bien, hay otra categoría de parteros, que sin ser francamente patologistas, establecen sin embargo algunas restricciones. Así, hay quienes hallan la indicación de la anestesia solamente cuando el dolor es excesivo, como por ejemplo, **Engel** (92), **Clark** (93), **Grapow** (94), **Runge** (l. c.), **Duehrssen** (95), **Chaigneau** (l. c.) ; estos dos últimos, no obs

tante, caen en error al incluir entre los dolores puramente excesivos á los dolores *espasmódicos* que por lo común van acompañados de anomalías dinámicas (hipercinesis).

Según **Courty** (96) (97), cuyas 40 observaciones están relatadas en la tesis de **Pinard**, el cloroformo deberá emplearse en el parto natural «cuando los dolores sean muy fuertes ó cuando las enfermas lo reclamen»; huelga agregar que esta indicación traspasada al antojadizo criterio de la cliente, es por demás anticientífica.

Pinard es más concreto y considera, en «La Pratique Medico-Chirurgicale», que la indicación del cloroformo á la reina, será dada *por la exageración del elemento dolor*.

Ribemont (l. c.), al preguntarse «Si es posible en la actualidad, negar sistemáticamente el cloroformo á una mujer que en el parto padece mucho y que exige un alivio», nota muy atinadamente que es difícilísimo indicar de una manera *precisa los casos en que el cloroformo puede emplearse con ventaja*; pero al responder que *no es posible negar* dicho recurso, da á entender sin encarar de lleno el asunto, que por lo menos *el dolor exagerado* constituye para él una indicación de la semianestesia en el período expulsivo, puesto que en el período dilatante, sólo la aconseja en las mujeres indóciles y difíciles.

Otros autores, entre ellos el mismo **Bar** (1. c.), admiten que el cloroformo deba aplicarse en los trabajos *largos y penosos*. Pero, es evidente la mala elección del término. Hay muchas clases de trabajos largos. Un trabajo puede ser largo por hipodinamia y en ese caso la anestesia está seriamente prohibida. Por el contrario, el empleo del cloroformo en dosis quirúrgicas, necesarias para apagar dolores muy violentos, ya no puede considerarse como un empleo de anestesia fisiológica en el parto normal, sino como un tratamiento contra la hiperalgesia é hipercinesis uterina.

Cuzzi (98) (estoy citando, ahora, algunos tratadistas de más fama), al hablar del cloroformo en el parto normal, dice textualmente : « E un'essagerazione questa nel uso di un remedio che deve essere considerato ottimo *solo* nei casi in cui è realmente indicato ». **Cuzzi**, por lo tanto, emite una opinión tácita desfavorable á la indicación fisiológica.

Otro tocólogo italiano, **Vicarelli** (99), es menos radical ; comienza por reservar la anestesia propiamente dicha al parto artificial y la *analgesia* al parto natural ; luego agrega : « La analgesia en el parto natural, hallaría sus indicaciones en los casos de parturientes nerviosas y agitadas, susceptibles al dolor ; en los casos de irregularidad de las contracciones y rigidez espasmódica del cuello (**Budin**, al ha-

blar *del parto natural* estipula la misma indicación, aconsejando cloroformo en las rigideces uterinas), en las hipercinesis, en las inercias en estado irritativo, en las tetanizaciones uterinas y *además* por complacencia». **Vicarelli**, pues, estableciendo una gran diferencia entre parto natural y parto normal, administra cloroformo en ambas circunstancias.

Eisenberg, de Viena, es un gran adepto al cloroformo en el parto normal.

Con esto creo haber pasado en revista los juicios más importantes de algunos tocólogos eminentes.

A mi entender el cloroformo á la reina, en el parto *estrictamente normal*, no está indicado porque en el parto estrictamente normal los dolores son tolerables, el agotamiento psíquico no existe, el trabajo no es excesivo ni deficiente, la distensión de las partes blandas se hace bien, etc., en una palabra, *todo es fisiológico*. Pero como los autores han dado en incluir dentro de lo *normal ó natural* una serie de perturbaciones dinámicas, mecánicas, psíquicas, sensoriales, etc., estimo conveniente insistir de nuevo, en la *terminología* empleada : Parto normal ó fisiológico, no es lo mismo que parto natural. Y parto natural no es igual á parto espontáneo. *El parto natural puede ó no puede ser normal* y *el parto espontáneo puede ó no puede ser natural*.

A propósito de indicaciones, me permitiré trans-

cribir algunos párrafos de mi trabajo mencionado (**Beruti**) (100) :

« No habiendo por el momento ningún método abolutivo del dolor de parto *inócuo é infalible*, conviene usar con mucha parsimonia aquellos procedimientos que, dentro de su inferioridad, conceptuamos como mejores.

En el parto estrictamente *fisiológico*, la sedación del dolor está contraindicada, desde el momento que para que sea tal, este último nunca puede ser excesivo ; la dificultad estriba precisamente en establecer con exactitud las indicaciones y contraindicaciones, puesto que hay partos dinámica, mecánica y orgánicamente *normales*, acompañados, sin embargo, de una hiperalgesia *anormal* ; circunstancia muy de tener en cuenta en nuestras ciudades, donde la constitución cada vez más neuropática de las mujeres, va adquiriendo con alarmante rapidez el mismo agotamiento nervioso de las norteamericanas. El dolor de parto, cuya percepción aumenta en intensidad paralelamente al refinamiento de las costumbres, constituye para estas mujeres un *verdadero traumatismo* que es humano evitar, porque, como ha dicho Richet, el dolor patológico es una fatiga y la fatiga á su vez aguza la sensibilidad.

Esto no implica que el médico deba adaptarse discrecionalmente á la voluntad y á los caprichos de la parturiente, sobre todo si se tiene presente que

todavía hay por ventura en nuestro país un buen porcentaje de mujeres física y psíquicamente aptas para soportar, en condiciones ventajosas, un parto natural sin anestesia. La complacencia del médico nunca será, pues, aquí una indicación. Pero no hay que llegar al otro extremo. Ahí estriba la dificultad: Ni ser puritano ni ser anestesista furioso».

Dentro de este concepto, lo que á mi juicio puede autorizar una cloroformización á la reina es :

1º El dolor excesivo de la contracción dinámicamente normal (hiperalgesia sin hipercinesis).

2º La hipersensibilidad general, exteriorizada principalmente en los tactos vaginales ó rectales.

3º La indocilidad y sobreexcitación nerviosa.

4º El agotamiento psíquico.

Vése claramente que mis indicaciones se concretan al parto *aproximativamente normal*. Cae de su peso que el cloroformo esté aún más indicado cuando intervengan ciertos trastornos mecánicos, dinámicos ú orgánicos ; pero no es de ellos que debo ocuparme en este trabajo.

Por lo que respecta á mi serie, aunque en 13 mujeres sobre 19, el dolor se haya acusado en la es-

cala como muy intenso, á no haberse tratado de un estudio especial, cual es éste, en ningún caso hubiera estado justificada la cloroformización á la reina, porque todas eran parturientes fuertes, sanas y tolerantes al dolor, que inhalaron cloroformo á simple efecto experimental.

Contraindicaciones de la cloroformización "á la reina"

Considerando al cloroformo como injustificado en el parto estrictamente fisiológico, bastarían estas líneas para evacuar todo lo que á contraindicaciones concierne, puesto que aquí no se está haciendo patología. Pero, como he repetido varias veces, muchos autores, al confundir en un mismo concepto, diferentes términos (parto normal, parto natural y parto espontáneo), conceden al cloroformo á la reina mayor número de indicaciones, internándose en plena distocia ; porque una cosa es cloroformo en el parto orgánica, mecánica y dinámicamente fisiológico y otra muy distinta «Anestesia obstétrica en el parto natural ó espontáneo», que puede comprender una serie de anomalías.

Las contraindicaciones discutidas por la inmensa mayoría de los autores refiérense en particular al parto «natural» y es á éstas (una vez hecha la salvedad) que voy á referirme :

Las contraindicaciones de la anestesia obstétrica en el parto *natural* son más ó menos las mismas que las contraindicaciones de la anestesia quirúrgica, ó mejor dicho, tocúrgica. No debe aquélla administrarse en las cardiopatías generales y en las lesiones valvulares no compensadas, en las nefritis, en ciertas afecciones pulmonares (enfisema), etc., etc. Como se trata en todas éstas de anomalías que pueden no repercutir directamente en la marcha obstétrica del parto, explícase el hecho más arriba citado.

El tocólogo, por el contrario, nunca podrá referirse en esta rúbrica á la eclampsia y á la tetanización uterina, donde la anomalía obstétrica salta á la vista.

Háse discutido también si los procesos sépticos en un parto obstétricamente normal, constituyen una contraindicación clorofórmica, como lo quiere **Duerhssen** (1. c.) y también **Dumont** (101) (102). Podría observarse que dichos procesos sépticos en un parto dinámica y mecánicamente normal son raros. La saturación clorofórmica, por supuesto, aquí nada tiene que ver ; trátase de cantidades reducidas ; pero es archisabido que pequeñas dosis clorofórmicas son desfavorables á la infección, dada la menor resistencia celular que el anestésico determina.

Los estados anémicos suelen también considerarse como agravantes de la anestesia obstétrica en el parto natural. Conteste estoy con **Ballantyne** (l. c.) en que una anemia excesiva es siempre una contraindicación; pero vale notar que no aludo á las anemias agudas determinadas por hemorragia durante el parto y que ya entran en el campo de la patología obstétrica, sinó á ciertas enfermedades de la sangre, frecuentes en la mujer.

Faz médico legal de la cloroformización “á la reina”

Más adelante irán las razones por las cuales yo estimo que la administración del cloroformo en el parto natural solo al médico le debe ser permitida. Veamos ahora otros aspectos del asunto.

¿Necesita el médico la autorización de la parturiente ó de sus allegados para efectuar la anestesia?

La del marido ó los parientes es supérflua, porque no se trata en tal caso de una anestesia practicada en circunstancias patológicas, donde el cerebro de la mujer pueda estar seriamente perturbado, sino.

de una anestesia hecha en perfecto estado de lucidez. Basta y sobra, pues, el consentimiento de la misma interesada. Pero muy raras serán las veces que el médico llegue á requerir este consenso, por la sencilla razón de que es la misma enferma quién solicita la cloroformización. Por razones obvias, cae también de su peso que el médico nunca podrá practicar un cloroformo á la reina contra la voluntad de la parturiente.

Mayor interés envuelve la cuestión siguiente : ¿ Podría ser castigado un médico que al hacer uso de la anestesia obstétrica en el parto normal, tiene la desgracia de perder á la parturiente por un accidente clorofórmico ? Cabría argüir de este modo : Si el médico da cloroformo en el parto normal, lo da sin necesidad ; y si el médico administra un tóxico (como son todos los anestésicos) sin ninguna utilidad, razón habría en castigarlo. Así encarado el asunto, las cosas indudablemente se complicarían y sería entrar en otro arduo problema : Los fundamentos biológicos y éticos de la sedación del dolor en el parto normal, sobre lo cual tuve oportunidad de hablar recientemente en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (1. c.). Conviene, pues, discutir el punto en su faz médico-forense, tal como se presentaría en la práctica diaria.

Bajo este aspecto, las circunstancias cambian, porque un médico, aún tratándose de anestесias más

profundas que las empleadas en el parto fisiológico, difícilmente podrá ser condenado á raíz de un accidente fatal, siempre que no hayan existido gruesos errores de técnica ó burda ignorancia clínica. Bien piensa **Fritsch** (103) en sus comentarios narcológicos al decir que el médico que haya tenido la fatalidad de perder una enferma durante una narcosis, *no puede ser condenado por el juez*, porque, no dando ni definiendo la autopsia un estado típico de muerte clorofórmica, no existe por consiguiente la prueba evidente de que el deceso ha sido determinado por el cloroformo. Y como también hay otras muertes imposibles de caracterizar en la autopsia, no es posible obtener la certidumbre plena de cual ha sido la causa de la muerte en esos casos oscuros ; luego, no se puede condenar por simple presunción, sobre todo en las muertes atribuibles á una cloroformización inicial, imposible de preveer y que sería casi la única posible en la semi-anestesia obstétrica.

Bajo el punto de vista médico legal, hay pues, impunidad para el anestesista. La ley, por otra parte, no puede ni podrá restringir el uso y el abuso del cloroformo á la reina que quedan por entero librados á la competencia ó incompetencia y á la buena ó mala fe del profesional.

CAPITULO VIII

Técnica de la cloroformización "á la reina"

Llego al punto más interesante de la cuestión.

Conviene ante todo, responder separadamente estas cuatro preguntas que me formulo :

1º ¿Es indiferente para la cloroformización, la proveniencia química é industrial del producto ?

2º ¿Cuándo y en qué períodos ó momentos es preferible practicar la semi-anestesia clorofórmica ?

3º ¿Cómo debe administrarse el cloroformo á la reina ?

4º ¿Quién ó quienes deben encargarse de la cloroformización ?

1º *El producto :*

En esta época de rivalidades químico-industriales, la eficacia é inocuidad conjuntas del medicamento, ha llegado, puede decirse, á un punto máximo. Todos los preparados de composición más ó menos semejante son de efectos más ó menos iguales, lo que habla muy en favor de la seguridad con que dichos productos pueden ser empleados. En cuanto al cloroformo, no creo equivocarme al afirmar que el problema de su pureza ya está resuelto. Pero la industria, fomentada por la sugestibilidad del público y del médico, lanza al comercio día á día nuevas marcas de cloroformo que en realidad no son ni peores ni mejores que las otras, porque todas son igualmente buenas. Ciertos médicos incurren por eso, á mi ver, en una falta de seriedad científica al expedir certificados sobre la bondad y superioridad de tal ó cual cloroformo conocido en el mundo entero. Poder establecer hoy en día, diferencias de acción en cuanto á la rapidez é intensidad de efectos, al porcentaje en vómitos, al rápido despertar, á los dolores de cabeza, á los accidentes que tal ó cual cloroformo en boga puede acarrear, es cosa imposible, aún en estudios comparativos realizados expresamente. Antes no era lo mismo ; la preparación del cloroformo era muy deficiente y habían cloroformas más peligrosas que otras ; así **Leopold** prefería en

su maternidad el cloroformo obtenido directamente del cloral (**Terrier et Perayre**) (104), etc.

El éxito de la anestesia clorofórmica moderna no está, pues, en la elección del cloroformo Parke Davis, del Pictet ó de cualquier otro ; la supremacía de la etiqueta ha perdido su valor ; lo que importa *es saber usar* el contenido.

2º *Momento de la cloroformización :*

De entrada debo declarar que no es mi ánimo ocuparme aquí de la cloroformización tocúrgica, para la cual, según el caso, sera necesaria una narcosis completa ó incompleta, con deslinde total ó parcial de las fuerzas abdominales y uterinas. En este estudio, vuelvo á repetir, referiréme exclusivamente *á una clase especial* de cloroformizaciones aquiúrgicas.

Budin (l. c.), es partidario del empleo del cloroforma en ambos períodos, pero especialmente en el momento del desprendimiento cefálico. **Hammerschlag** (l. c.), aconseja la narcosis clorofórmica sobre todo para el período expulsivo. Entre los más entusiastas partidarios del cloroformo en el segundo período del parto pueden citarse, además, á **Porack** (105), á **Koblanck** (106) y á **Weinmann** (107).

Según **Strassmann** (l. c.) el cloroformo á la reina debería administrarse *únicamente* poco antes del desprendimiento, por temor á la hipocinesis.

Recasens (l. c.) al observar que es en el período expulsivo donde se deben administrar *dosís mayores*, sobreentiende que también pueda darse el cloroformo en cualquiera de los dos períodos.

Penard y **Abelin** (l. c.) en cambio, prefieren usar el cloroformo obstétrico al final del período de dilatación, sobre todo en las primíparas.

No hay duda que una primípara está en general más expuesta al dolor excesivo que una múltipara; pero, cabe reconocer al mismo tiempo que son más las múltiparas que las primíparas que lo solicitan, porque las primeras no están todavía «*escarmen-tadas*».

Pasar en revista todos los autores que se han ocupado sobre el momento en que conviene administrar el cloroformo, sería tarea imposible. Concretareme á enumerar los distintos tiempos elegidos por ellos :

- 1º Primera parte del período dilatante.
- 2º Segunda parte del período dilatante.
- 3º Período dilatante íntegro.
- 4º Primera mitad del período expulsivo.
- 5º Segunda mitad del período expulsivo.
- 6º Instante del desprendimiento.
- 7º Período expulsivo íntegro.
- 8º Período dilante y expulsivo íntegros.

Analicemos cada momento :

Sabido es que el comienzo del período dilatante suele ser muy tolerable, aún en casos de hiperalgesia ulterior. De ningún modo conviene iniciar la anestesia á esa altura del trabajo porque el cloroformo prematuro puede perturbar seriamente la dinámica uterina y porque se sienta un mal precedente ante la parturiente, que no haría sino extremar sus exigencias desde el principio del trabajo.

Es en la segunda parte del período dilatante y sobre todo á su final, cuando la que libra siente comunmente los dolores más intensos é intolerables. Por lo que á mi serie atañe, puedo agregar que sobre 19 parturientes cuidadosamente interrogadas antes, durante y después del parto, 13, es decir, el 68 %, concordaron con la observación subjetiva de que el momento más doloroso de todo el trabajo fué al final del período dilatante. De las 6 restantes, solo 2 mujeres no coincidieron en su juicio subjetivo con la impresión objetiva de todo el personal dedicado á la asistencia de los partos.

Mi experiencia en el público no hace sino confirmar la de la práctica hospitalaria y esta justísima aseveración de **Payot**: « C'est un erreur d'observation de considerer la periode toute entiere de dilatation comme generalmente bien supporté par les femmes... C'est vers l'achevement de la dilatation qu'on est te-

moins de ces profonds découragements, de la production de ces idées funebres auxquelles viennent se joindre l'état nauséux, les vomissements souvent, et ce malaise causé par des douleurs d'un caractère tellement irritant, agaçant, que tout le moral et l'intellect en sont ébranlés» (1. c.).

A **Payot** y á los que como él piensan, se les objeta que el instante del desprendimiento vulvar es el más doloroso y los que así opinan son los que administran el cloroformo en dicho momento. No pongo en duda la intensidad del dolor de desprendimiento, que entre paréntesis, dura nada más que un instante ; pero conceptúo con **Payot** que, si bien pueden ser igualmente intensos el dolor del desprendimiento y los dolores dilatantes finales, trátase, sin embargo, *de sensaciones doloríficas muy distintas*. **Payot** no caracteriza ni explica tales diferencias. Yo me atrevería á completarlas (salvo mejor explicación) agregando que el dolor del período dilatante es un dolor «mas desconcertado» y más «sin objeto» para la parturiente, que el del período expulsivo. Este fenómeno psicológico tiene á mi juicio una poderosa participación en la tolerancia é intolerancia del dolor, porque es incuestionable que un dolor *previsto* y concomitante á un esfuerzo voluntariamente realizado, se soporta mejor que otro dolor intempestivo, aparecido *sin un fin ó una correlación descubierta é interpretada por la misma mujer*.

En el período dilatante, la parturiente sabe que es la matriz la que trabaja con entera independencia de su voluntad y sin exteriorizar dicho órgano en forma palpable alguna los progresos de la dilatación (el dolor es solo una manifestación funcional); en el período expulsivo, por el contrario, la mujer comprende que su voluntad también interviene en la ardua tarea del parto y no ignora que cuanto más potentes son sus esfuerzos, tanto más pronto se produce la expulsión del niño.

En el primer caso el dolor no se traduce ante la cebración de la mujer que libra, en un *esfuerzo útil*; en el segundo, y sobre todo en el instante del desprendimiento, el esfuerzo es *retribuido de inmediato*, porque la mujer *siente* la progresión del feto al través de su tracto genital. Si se me permite una comparación grosera, yo diría que en esto de los pujos, ocurre algo semejante al mecanismo de la defecación, cuya causa primordial es también un dolor, ó si se quiere, una sensación desagradable; es indudable que esta sensación sería menos sentida por el individuo que pudiera defecar (aún con dificultad), que aquél que no pudiera en absoluto y no fuera capaz de *aprovechar* ese esfuerzo.

En resumen: La naturaleza distinta de los dolores expulsivos, caracterizada principalmente por la compensación inmediata de los esfuerzos voluntarios concurrentes, explica á mi juicio por qué los do-

lores dilatantes finales son por lo general menos soportables que los expulsivos.

Con ésto queda aclarada la segunda cuestión planteada : Considerando que los dos períodos más dolorosos del trabajo son, por grado de intensidad : 1º el final del período dilatante, y 2º el final del período expulsivo, el cloroformo á la reina debe darse :

1º Al final del primer período.

2º Al final del segundo período.

Por razones que van más adelante es además, conveniente no administrarlo en ninguno de los dos períodos íntegros ni tampoco repetirlo varias veces en un mismo trabajo.

EXPERIENCIA PERSONAL — He aquí en detalle las diferentes observaciones anotadas en las historias clínicas :

A.—*Momento más doloroso del trabajo :*

1º Final del período dilatante :

Impresión subjetiva y objetiva..... 13 casos

2º Período dilatante íntegro :

Impresión subjetiva 1 caso

» objetiva 1 caso

3º Principio período expulsivo :

Impresión subjetiva	1 caso
» objetiva	2 casos

4º Período expulsivo íntegro :

Impresión subjetiva	2 casos
» objetiva	2 casos

5º Ambos períodos :

Impresión subjetiva	2 casos
» objetiva	1 caso

B.—En cuanto al *momento de la cloroformización*, la tabla adjunta enseña que se ha procurado, con fines experimentales, practicarla en los más variados períodos del trabajo.

1º Al principio del período dilatante	5 veces
2º En la mitad del período dilatante	4 »
3º Al final del período dilatante	3 »
4º Al final del período dilatante y en la totalidad del período expulsivo	1 vez
5º Al principio del período expulsivo	1 »
6º En la mitad del período expulsivo	3 veces
7º Al final del período expulsivo	2 »
8º Durante todo el período expulsivo	1 vez

3º *La técnica propiamente dicha :*

A.—*Preparativos :*

La cloroformización á la reina no necesita preparación especial, salvo las medidas habituales á toda narcosis : Examen clínico minucioso (análisis de orina), preparación psíquica, vacuidad del estómago, silencio, decúbito adecuado, vaselina en la cara, claridad suficiente, temperatura apropiada, etc. Comprenderase que algunos de estos requisitos solo en parte pueden ser cumplidos por el anestesta obstétrico, pues se trata de una narcosis practicada en pleno trabajo. Pero hay un pequeño detalle que merece algunas palabras : ¿Debe impedirse la inhalación nasal de los primeros gases clorofórmicos ? Dije más atrás que el síncope nasal por reflejo del trigémino es posible ; por lo tanto hay necesidad de prevenirlo, sea dificultando el pasaje de cloroformo por la nariz ó insensibilizando sus mucosas. Esta insensibilización, que en realidad, constituye el verdadero método de Fliess (ensayado por algunos parteros en Europa y por mí en la Argentina, para la sedación del dolor menstrual y del dolor de parto) no carece de molestias é inconvenientes. Queda entonces, como único recurso el taponamiento transitorio de las fosas nasales con pelotas de algodón. Debo añadir que aún cuando el peligro del síncope mencionado no existiese, la obturación de la nariz en la

anestesia clorofórmica (objeto, la primera, de despectivos comentarios por parte de muchos narcólogos alemanes) es entre nosotros absolutamente imprescindible, dado el especial esmero con que los médicos de aquí han puesto y ponen aún en dicha operación, cuya negligencia sería considerada por el público porteño como un delito de lesa anestesia, anestesia que, entre paréntesis, no tiene todavía medios para prevenir el laringo-reflejo de Claudio Bernard.

B.—*La cloroformización :*

Las ventajas incuestionables de la cloronarcosis administrada mediante un aparato *regulador y dosificador*, capaz de permitir una perfecta evaporación previa del anestésico, antes de llegar á la careta, son en parte extensibles al semi-sueño obstétrico clorofórmico.

No puedo entrar en detalles sobre el cloroformo á la reina instrumental. Ya en el año 1878, **Bailly** (108) en una publicación sobre el cloroformo á la reina, ensalza el método instrumental (aparato del doctor **Legroux**) diciendo : « Dentro de algunos años se verá ese aparato en la trousse de todos los parteros y se habrá hecho más necesario que el forceps ». A raíz de ésto, muy numerosos son los apa-

ratos que se inventan para la cloroformización instrumental.

Del Roth-Draeger, aparato ideal para la anestesia intermitente regular, é irreemplazable en el hospital, no hablaré, porque la inmensa mayoría de los cloroformas á la reina pertenecen á la práctica urbana. Quedan por comentar dos aparatos muy prácticos : el Braun y el Ricard. Personalmente, prefiero el Braun, por razones que he dado en otros trabajos (**Beruti**) (109). No puedo adivinar por qué **Vinçon** (110), apologista del Ricard en el parto normal, sostiene que con dicho aparato «la anestesia es menos dolorosa». Ambos aparatos tendrían según algunos autores el inconveniente de caracer de oxígeno, gas que neutralizaría con su corriente la disminución de la presión alveolar determinada por la anestesia (**Fekete**) (111).

En fin, si se hace un balance de las ventajas y desventajas que la cloroformización instrumental ofrece, es fácil sacar como consecuencia que ésta no tiene utilidad práctica en la anestesia aquíúrgica del dolor de parto, quedando reservada á la anestesia tocúrgica. Hay algo fundamental que impide su uso en el trabajo de parto fisiológico : La mayor parte de estos aparatos funcionan rítmica y automáticamente. Ahora bien, el ritmo automático resulta para muchos, un grave inconveniente en el cloroformo á

la reina ; para esos autores ésta debe sujetarse á otro ritmo, *al ritmo de la contracción*, lo que sólo es posible administrando el cloroformo á *mano* y con la careta común. Hasta los aparatos mediante los cuales es posible establecer á voluntad el tiempo de la intermitencia (como por ejemplo el Braun) adolecen del defecto de ser incómodas para la graduación de la dosis, porque no es ~~la~~ mismo una anestesia profunda en que más ó menos ya se sabe de antemano la cantidad de cloroformo que debe inhalar el enfermo, y una semi-anestesia clorofórmica, cuya técnica exige una variación perpétua de cantidades, cosa que no es posible con una máquina.

De consiguiente, para el cloroformo á la reina quedan dos métodos en discusión : El de la careta y el de la compresa. Repito que el cloroformo á la reina puede administrarse de cualquier modo, hasta con un simple cartucho ó bonete formado con una compresa ó un pañuelo ; pero no es éste el sitio de enumerar *lo que se puede hacer*, sino lo que *se hace con mejores resultados*.

Parecería nimio este detalle de la careta (la máscara de Esmarsch) y de la gasa ó la compresa. Advertiré, sin embargo, que hay quienes abogan por la compresa para la cloroformización á la reina. Según **Frankenstein** (112) (que ha ideado, según él un método muy cómodo y sencillo, aunque no muy original, porque **Peraire** (l. c.) tiene con anterioridad un tra-

bajo análogo), tanto las cefaleas y las asfixias como los vómitos post-clorofórmicos, serían debidos á la hiperdosificación permanente del narcótico, consecuencia esta última del empleo de máscaras deficientes. **Frankenstein**, con su método de la compresa ó del paño (*Handtuchmethode*) obtiene en operaciones quirúrgicas y ginecológicas una buena anestesia con solo 8-10 gotas = 0,40 cents. de cloroformo por minuto. Ahora bien, **Frankenstein** deja penetrar aire en la inhalación, con lo que se separa algo del método de **Peraire**, quien aconseja (á mi juicio erróneamente) : « Dejar penetrar el menor aire posible »..

Interminable sería referir todas las variantes empleadas en la anestesia á la reina en cuanto á la elección del instrumental (si es que una simple gasa puede considerarse como instrumento). Definiré mi modo de pensar al respecto, repitiendo lo que ya muchas veces he dicho : La elección de objeto á aplicar (compresa ó careta) sobre la cara de la anestesiana, desempeña un papel muy secundario, siempre que penetre aire en cantidad suficiente junto con el cloroformo.

Importancia infinitamente mayor tiene en el semi-sueño á la reina *el modo de dar dicho cloroformo*.

a) Ante todo, ¿cuándo? Refiérome aquí, no á la etapa del trabajo preferida para la cloroformización, sino á la *distribución* de las gotas clorofrómicas en

el breve lapso comprendido entre dos ó tres contracciones.

Hay parteros quienes antes de dar principio á la anestesia propiamente dicha dejan caer sobre la careta algunas gotas de agua de Colonia ó de cualquier otro perfume. No se confunda este preliminar, que no es de ningún modo inconveniente, con la *pseudo-cloroformización*, método perfectamente científico y de admirables efectos en un buen número de parturientes.

Las grandes divergencias técnicas están en otro punto de la cuestión :

¿El cloroformo á la reina debe administrarse *en las pausas ó en las contracciones*, al comienzo ó *durante* el transcurso íntegro de éstas ?

Budin (l. c.) administra cloroformo al comienzo de cada dolor, sea en el período dilatante como en el expulsivo.

Georghiu y también **Eisenberg** practican la instilación clorofórmica solo al principio de cada contracción.

Weinmann (l. c.) aconseja el cloroformo al comienzo de cada pujo.

Recasens dice : « Cuando comienza la contracción se le da á la parturiente una inhalación de una pequeña dosis del anestésico, concluída la cual se retira la careta, se la deja respirar libremente el aire y

en cuanto se inicia otra contracción, vuélvese á aplicar la mascarilla.

Basten estos ejemplos para comprobar lo difundida que está la práctica mencionada. Analicémosla ahora :

Una vez desaparecido en la pausa el dolor concurrente á la contracción, lo lógico sería aplicar el sedativo no en el intervalo, sino en la contracción y especialmente en su comienzo, puesto que la acción anestésica perdura un tiempo, sin necesidad de continuar incorporando nuevas dosis en el organismo.

Teóricamente bastaría, pues, una cloroformización intermitente de apenas unos segundos, sincrónica al dolor, es decir, á la contracción. Ahora bien, una sedación instantánea, inmediata á la aplicación de la careta, salvo en los casos positivos de anodinia rapidísima obtenida por sugestión, es *imposible*, sobre todo en los primeros minutos de la anestesia clorofórmica. Y digo *los primeros minutos* porque, por más que se pretenda negarla, la acción clorofórmica *no desaparece por completo* después de cada inhalación obtenida con la administración intermitente ; prueba de ello que al final de la semi-anestesia á la reina se necesitan (en igualdad de condiciones) menores cantidades de cloroformo, debido á una verdadera acumulación de efectos sedativos fraccionados, correspondientes á cada aplicación de la mascarilla.

Un buen cloroformo á la reina, sin hiperdosaje, administrado exclusivamente *durante* el dolor *no es posible*, porque ningún cloroformo dado en pequeñas dosis puede actuar con rapidez siderante, para luego desaparecer su acción por completo en la pausa.

¿Qué ventajas tendría entonces la administración del cloroformo en las pausas? Suélnse aducir varias: Primera: La parturiente no sería molestada en el trabajo real, sobre todo durante sus pujos abdominales que requieren un gran esfuerzo, á lo que podría objetarse que si la mujer inhala en la pausa y puja en la contracción, no hay en la parturiente un verdadero y total descanso. La segunda ventaja argüida refiérese á la mejor sedación del dolor obtenida cuando la anestesia se inicia unos minutos antes de la contracción, teniendo en cuenta ese tiempo indispensable á toda acción analgésica obtenida por el cloroformo.

Indudablemente, para el cloroformo á la reina el ideal sería poder pronosticar, $1/2$ á 1 minuto antes de la aparición del dolor, la llegada de la contracción, á fin de tener tiempo de conseguir la analgesia en el acme y en el período de aumento, que también duele. Si dispusiéramos de algún medio para pronosticar el *momento* de la contracción, la cual por más sensible que sea la parturiente y por más vigilancia que ponga el tocólogo anestesista, no es po-

sible descubrirla sinó cuando *ya ha aparecido*, es claro que habríamos dado un gran paso. No es posible todavía aventurar juicios sobre el significado práctico que el electrometrógrafo perfeccionado del futuro podrá tener en la pradicción de las contracciones uterinas.

De lo expuesto, llego á la conclusión de que el cloroformo á la reina administrado intermitentemente durante ó fuera de la contracción es imperfecto é insuficiente, con lo que pretendo haber demostrado que si el cloroformo á la reina no puede ser intermitente *debe ser continuo*.

Recordaré, sin embargo, que la verdadera y primitiva cloroformización á la reina (l'anestésie obstetricale) era una anestesia *intermitente simultánea á la contracción*. Así dice **Campbell** (1. c.), su verdadero creador (no obstante haberle cabido á **Snow** en 1853 la suerte de practicar la primer cloroformización en el parto de la Reina Victoria) en una memoria aparecida en 1874: «Les petites doses de chloroforme, *suspendues, je le repete, entre chaque douleur*, amenant peu á peu et jamais avant disé, quinze ou vingt minutes, un état de demi-insensibilité...». Esto es á mi juicio un contrasentido. Yo no veo la necesidad de que el cloroformo fuese administrado por **Campbell** en *el dolor* desde el momento que aquél no reconoce una acción narcótica

inmediata y desde que admite una acumulación paulatina de los efectos analgésicos del agente.

Sobre tema tan interesante, á excepción de **Stiassny** (1. c.), nada he hallado en la bibliografía. Pero el mismo **Stiassny** toca muy ligeramente el punto. Este autor, con quien concuerdo de lleno, llega al extremo de considerar como dos cosas distintas «el cloroformo á la reina propiamente tal» y «la cloroformización intermitente». En efecto, en la segunda, la anestesia es discontinua y como la graduación anestésica resulta por ahora algo muy imperfecto (sobre todo en el trabajo, si se tiene en cuenta la irregularidad de las contracciones), aquella tiene que ser forzosamente irregular, con bruscos ascensos y descensos de los efectos anestésicos. En cambio, en el verdadero cloroformo á la reina obtenido con *insuflaciones irregulares dentro y fuera del dolor*, la hipotalgesia es *regular, no hay ascensos ni descensos sedativos repentinos, la curva anestésica corresponde á una verdadera línea recta, ó á una ondulación dentro de la cual la enferma se mantiene en pleno dominio de su consciencia, de su voluntad y de su motilidad.*

Así he operado en todos los casos de la serie presentada, *acentuando la dosis*, eventualmente, en el momento de la contracción.

b) Estudiemos ahora lo referente á *como conviene dar el cloroformo á la reina.*

Es habitual distinguir tres modalidades de cloroformización :

1º Cloroformización en dosis masivas ó siderantes.

2º Cloroformización en dosis fraccionadas.

3º Cloroformización comb. de Sedillot (1 + 2).

Demás está repetir que todo método tendiente á la sideración, está de hecho condenado, tanto en obstetricia como en cirugía modernas. Queda de consiguiente como único método factible el fraccionado.

En la analgesia obstétrica solo es permitido el empleo de dosis débiles é intermitentes de cloroformo. Algunos técnicos, como **Terrier** y **Perayre, Labbe, Papescu, Cordero, Zuckerkandl**, suelen especificar más esta anestesia, agregando la expresión *continua*, término que no expresa nada y que confunde, porque toda intermitencia, mientras exista, implica una *continuación*. Mayor interés hay en saber qué conviene más : si la cloroformización *intermitente regular*, como algunos la practican en cirugía y hasta en el parto normal, ó la cloroformización *intermitente irregular*. A mi juicio la intermitencia regular no responde al fin buscado. El procedimiento genuino de **Nicaise**, llamado « goutte a goutte » á pe-

sar de la penetración del aire al través de la mascarilla aplicada permanentemente, es un método intermitente *regular* y tampoco me satisface. Considero que una intermitencia *regular continua* es factible en la administración instrumental, sobre la cual ya hablé y que estimo inapropiada para la sedación del dolor en el parto fisiológico.

En fin, la cloroformización *intermitente regular no instrumental*, tampoco es recomendable, porque en ella se prescinde por completo de las peculiaridades mismas de las contracciones, tan variables hasta en los trabajos *más regulares*.

c) Veamos en tercer término *cuanto de cloroformo* conviene dar en la analgesia obstétrica :

Aquí llama la atención lo poco explícitos que la mayor parte de los parteros han sido en sus publicaciones, por lo que únicamente heme de concretar á los que han abordado el tema con algún detenimiento.

Comenzaré por reproducir algunas dosis empleadas por **Pinard** en la serie citada :

Período dilatante :

25 gramos en 51 minutos

16 » » 22 »

15 » » 20 »

45 gramos en 90 minutos

25 » » 37 »

7 » » 57 »

20 » » 60 »

La cantidad que este autor daba por *contracción* era de 10-20 gotas.

Período expulsivo :

16 gramos en más de una hora

32 » en hora y media

60 » en dos horas

80 » en hora y media, etc., etc.

En el caso 2º de una de sus series, **Pinard** administra nada menos que 180 gotas (7 gramos !) en cuatro pujos, á saber :

30 gotas en el 1º

40 » » » 2º

50 » » » 3º

60 » » » 4º

Que **Pinard** ha dado dosis demasiado elevadas en algunos de dichos ensayos, no me cabe la menor

duda. Sus mismas historias, meticulosamente llevadas, hacen ver la frecuencia con que ocurrían la «desorientación», «la pérdida absoluta de la conciencia» y la «excitación». Así, en el caso 2º de la 1ª serie «la mujer pierde la conciencia de ella misma con solo 16 gramos en 25 minutos»; en el caso IV de la misma serie, igual efecto con «7.50 gramos en 6 minutos». Estos ejemplos sacados de **Pinard** (quien no sólo da en exceso, sino que regula incompletamente) se repiten todos los días en nuestras épocas. Así también piensa **Johnen** (113) en su excelente tesis.

En efecto, los parteros dan en general demasiado anestésico para la cloroformización obstétrica. Entre nosotros, hasta las mismas anestias quirúrgicas pecan por exceso de narcótico. Sobre esta mala práctica he tenido oportunidad de hablar en varios artículos aparecidos en las revistas de Buenos Aires (**Beruti**) (114). Un compatriota nuestro, que también se ha ocupado de anestesia, el doctor **Bard** (l. c.) dice textualmente: «No hay un servicio que de 500 anestias no tenga un fracaso desgraciado por el cloroformo». La generalización del distinguido colega, sin ser inexacta, es tal vez algo exagerada, pues hay en Buenos Aires, cirujanos anestesiistas que siguen de cerca la evolución innegable de la narcología (sobre todo en lo que á anestesia instrumental

atañe) y que pueden oponer á las mismas estadísticas extranjeras hermosísimas series clorofórmicas. Pero tales éxitos pueden contarse «cum grano salis».

En Norte América, según **Pagenstecher** (1115), es muy frecuente que se la dé á la misma parturiente 8 á 10 gramos de cloroformo, para ayudarse ella sola en el período expulsivo.

Eisenberg (alta autoridad en la materia) considera como buen dosaje, la instilación de 20 á 30 gotas administradas en dos tiempos, cada 2 á 4 minutos (10-15 gotas al comienzo de cada dolor) para obtener una suficiente sedación en el parto, un «Halbschlaf», con conservación del sensorio, de la sensibilidad, de los reflejos y del calor (l. c.).

Weinmann (l. c.) lo mismo que **Eisenberg**, aconseja para el período expulsivo una dosis de 10 á 15 gramos de cloroformo al comienzo de cada pujo.

Conviene no olvidar que un buen anestesista puede anestesiar profundamente en grandes operaciones con sólo 15 á 20 gramos de cloroformo. Baste este ejemplo: **Fritsch** (l. c.) en su clínica, emplea sin aparatos, de 10 á 15 gramos, término medio, para las operaciones ginecológicas más difíciles. Según **Stiassny, Lefevre** (1116) habría administrado 25 gotas de cloroformo por minuto (1 gramo) y **Witzel** 6 á 10 gotas por minuto. **Baudin** mantendría la narcosis con 2 á 4 gotas y el mismo **Stiassny** con 12

á 13 gotas por minuto (0,5) en las operaciones más grandes.

Por mi parte, en el servicio de los doctores **Avelino** y **Angel Gutiérrez**, en el Hospital Español, he obtenido con el Roth-Draeger (empleado por primera vez en Buenos Aires) anestias profundas en grandes intervenciones abdominales con un gasto ínfimo de 10 á 20 gramos de cloroformo y poquísimo éter (l. c.). Respecto á la serie obstétrica de la Maternidad, he aquí los resultados :

I.—*Tiempo* :

Duración máxima de la anestesia cloro- fórmica	1 hora
Duración mínima de la anestesia cloro- fórmica	10 minutos
Duración media de la anestesia en el período dilatante	30 minutos
Duración media de la anestesia en el período expulsivo	30 minutos

II.—*Cantidad* :

Dosis máxima	20 gramos
Dosis mínima	3 »
Dosis media en el período dilatante.	13,2 »
Dosis media en el período expulsivo.	11,8 »

Considerando, pues, una duración media de 30 minutos y una dosis media de 12,5 gramos, tenemos que se han gastado 0,40 cent. (9-10 gotas) de cloroformo por minuto. En otros términos : Admitiendo una duración anestésica de media hora y que durante este lapso hayan ocurrido 10 contracciones, la dosis clorofórmica ha correspondido á 1,20 gramos por contracción, ó sea algo más de 25 gotas (observo que el ejemplo dado por mí, refiérese á un trabajo con intervalos de *tres* minutos).

Las 10 á 15 gotas de cloroformo por lo tanto, que **Eisenberg** (en mi serie 0,40 por minuto = 9 á 10 gotas) (*) ha dado para cada dolor, representa una dosis muy reducida, aún si se compara con las cantidades ínfimas empleadas con los aparatos dosimétricos mencionados. Pero repito que tales dosis no son las habituales en el parto. Son por lo común mucho mayores. El contraste salta á la vista : En las anestесias quirúrgicas vése á menudo lo poco que del agente se necesita ; en cambio, en la semi-anestesia, es habitual oír hablar con la mayor naturalidad de que el doctor tal empleó solo «un frasquito ó dos de cloroformo», sin tener en

(*) Admitiendo que 1 gramo de cloroformo corresponda á 25 gotas (Lefevre) y no á 60, como lo establece la Farmacopea; bueno es no olvidar, sin embargo, que *una gota* es algo muy elástico. No es lo mismo una gota de un gotero común á una gota proveniente de la punta de una gasa ó un algodón.

cuenta que los frasquitos más pequeños son de 25 gramos. Para administrar 25 gramos, que equivalen á 625 gotas, en un cloroformo á la reina que dura por ejemplo, media hora, habría que dar *por contracción* (suponiendo que en una hora ocurran 20 dolores) alrededor de 30 gotas de golpe, lo que es una monstruosidad. Ahora bien, si se dieran solo 10 á 15 gotas en cada contracción y admitiendo que se tratara de un período expulsivo de 50 contracciones, **Eisenberg** necesitaría de 500 á 750 gotas = 20 á 30 gramos y **Cohn** (l. c.) 1.000 gotas = 40 gramos, de lo que se deducirá que en cualquiera de los dos casos hay exceso de cloroformo: En el primero, exceso de cloroformo por exagerar su dosis en un tiempo relativamente corto y empleando la *instilación sincrónica* (pues no es lo mismo dar 30 gotas de golpe en cada contracción; á 10 por minuto, sin tener en cuenta la contracción) que toma un carácter siderativo; y en el segundo caso, por prolongar *demasiado tiempo* la anestesia, porque no debe olvidarse la acción cumulativa manifiesta del cloroformo, hecho que imposibilita en absoluto la obtención de una anodinia inócua y larga en el trabajo de parto, por más superficial que la primera se pretenda hacer. La analgesia obstétrica tampoco debe ser, pues, de larga duración, aún cuando se empleen reducidas cantidades.

Contra este abuso se han distinguido especialmente por su propagandas moderadoras **Koblanck** (l. c.), **Mueller** (117), **P. Müller** (118), **Wyder** (119) en Alemania y **Stiassny** en Austria.

El hecho de que algunos parteros (parteros casi todos de pasadas generaciones) hayan anestesiado *prolongadamente* en el parto normal, sin accidentes ni trastornos, como por ejemplo **Simpson** por espacio de 14 horas, **Smith** 28 horas, **Snow** 31 horas, **Allwright** 30 horas, etc., etc., no es un argumento en favor de la anestesia «a outrance» é intensiva, porque, como creo haberlo demostrado, el cloroformo á la reina más leve y superficial, no puede prolongarse ad-infinitum en calidad de anestesia interminable, como la que usaban nuestros audaces y afortunados antecesores. La anestesia más sutil implica una intoxicación ; de otra manera, como muy bien ha repetido **Paul Bert**, la anestesia no se diferenciaría del sueño, donde hay una reparación perfecta. Bien está, pues, que se mitigue el dolor, pero sin olvidar la gran divisa de los antiguos : «*Primum non nocere*».

La cloroformización prolongada exige, además, por parte del médico una pacientísima asistencia, asistencia que no todos esos mismos «enragés» se resuelven á asumir. Y aquí entro al último interrogante del capítulo :

c) *¿Quién ó quiénes deben ó pueden dar el cloroforno á la reina?*

Antes, las discrepancias respecto al anestesista eran mayores, porque algunas veces cloroformizaba el partero, otras la partera y otras la misma parturiente. **Budin** repetía en sus lecciones : « La parturiente atrae ella misma el pañuelo en cuanto la contracción empieza y la aleja en cuanto ha pasado ». El profesor **Depaul** (l. c.) hablando de los parteros cloroformistas intransigentes decía en tono de acerba crítica : « ...Para ellos la cloroformización resulta tan simple que es la misma mujer quien sostiene la compresa sobre la cual derrama el médico algunas gotas de cloroforno y que en cuanto ella reconoce la aproximación de una contracción uterina, lleva vivamente su compresa á la nariz como si respirara Agua de Colonia y sales inglesas ». **Frank**, en cirugía, deja narcotizar á las mismas enfermas hasta el período de excitación ; cree que así jamás hay muertes clorofórmicas iniciales. **Strassmann** considera que para la cloronarcosis obstétrica no es indispensable la asistencia del médico. **Pagenstecher** no teme al cloroforno y aconseja á los circundantes, sepan ó no sepan anestesiar, la administración sin miedo de 8 á 10 gramos de clorofornó, con prescindencia absoluta del médico.

Si hubo parteros que permitieron la cloroformización al lego (parturiente ó comedido) razón

de más para tolerar aquellos la narcotización hecha por la partera.

Conociendo las ideas desarrolladas en este trabajo, referentes á los posibles aunque lejanos peligros del cloroformo á la reina, no ignorando sus dificultades técnicas y las dificultades de su indicación, que exigen conocimientos exactos de narcología y de obstetricia, se adivinará que no sería yo el más indicado para contemporizar en esta clase de complacencias culpables. En estos asuntos médicos, el público siempre tiene que resultar ignorante, la partera insuficiente y la misma enferma incapaz.

«La partera que da clorotormo sin la autorización del médico presente, comete una falta imperdonable y atenta contra la seguridad de la vida», ha dicho **Stiassny**. Excuso agregar que más deplorable aún resulta la auto-anestesia de la parturiente. Yo, sin temor de caer en puritanismos igualmente condenables, llego al extremo de aconsejar que el cloroformo á la reina sea, siempre que se pueda, *exclusivamente administrado por el partero* y nunca por la partera ni por otro médico no especialista, quien resulta aún más peligroso por dos razones : Porque no tiene el hábito de la técnica clorofórmica en el parto fisiológico y porque es más difícil de dirigir. Digo «siempre que se pueda» porque hay veces que el tocólogo.

necesita hacer la protección perineal ó asistir más activamente el trabajo, en cuyo caso la anestesia debe pasar por fuerza á una segunda persona.

CAPITULO IX

La cloroformización "á la reina" en el extranjero y en nuestro país

Inglaterra — La cuna de la anestesia obstétrica ha sido Inglaterra, donde actuaron luego grandes propagandistas, entre quienes, además de los mencionados en esta obra, merece **Smith**, de Londres, especial mención. En la actualidad, las inglesas (que también practican la autocloroformización) están tan arraigadas al hábito de la sedación de sus partos fisiológicos, que vanas resultarían allí las exhortaciones moderadoras. Sin embargo, según **Eckstein** (1. c.), en estos últimos años se notaría en los partos espontáneos, una marcada tendencia abstencionista.

Francia — Sin poder ostentar verdaderas prioridades sedativas aplicadas al parto y sin haber care-

cido de formidables enemigos, es Francia, sin embargo, el país en que tal vez la anestesia del dolor fisiológico tiene sus adeptos más entusiastas. Pero la historia es larga y llena de alternativas. En el curso de este trabajo han desfilado la mayor parte de los autores franceses que se han ocupado ó se siguen ocupando del cloroformo á la reina; y si bien éstos no han sido los creadores del procedimiento, es en tierra francesa donde han fulgurado las polémicas más hermosas. Las clásicas diatribas de **Payot** y de **Pinard** perdurarán toda la vida.

Tales divergencias permanecen aún en pie defendidas por los que después han venido. Entre abstencionistas y cloroformistas viejos no hay ni habrá conciliación posible.

La narcología obstétrica moderna, constituída hoy en ciencia desapasionada, ha podido, á pesar de todo, aclarar algunos puntos y demostrar con claridad las exageraciones en que caían nuestros maestros. Y es así como la afirmación de **Pinard** de que en ninguna maternidad se hace uso regular de la anestesia obstétrica, resulta en la actualidad enteramente falsa, como también resulta demasiado terminante este acápite fundamental del mismo autor: « Il est probable que les accoucheurs partisans du chloroforme a la reine trouvent des indications suffisantes dans les conditions du milieu ou ils evoluent, quant a

moi, je ne les ai jamais rencontrées dans ma clientèle de l'hôpital ou de la ville».

Alemania — La gran propaganda del cloroformo para el parto natural en Alemania, está ya muy distante de nuestras épocas, porque fué **Spiegelberg** en 1856, el verdadero vulgarizador de dicho método. Pero á pesar de todo, relativamente escasos son los alemanes contemporáneos partidarios de la cloroformización á la reina. La mayoría es contraria (vg. : **Eckstein**, por citar á uno de los últimos, según el cual la sedación del dolor se aplicaría con resultados completamente problemáticos); digo *relativamente* porque en un país de producción científica tan enorme, ésta surge hasta en los terrenos menos predilectos, como por ejemplo, el que motiva este trabajo. Los alemanes por el momento, prefieren dedicarse al estudio de otros recursos sedativos más nuevos, y cuando tratan sobre el cloroformo, fácil es descubrir en sus escritos ciertas ingenuas repeticiones en que, con pretensiones de innovadores, no hacen sino resucitar por algún tiempo, hechos más ó menos abandonados.

Austria-Hungría — Los parteros vieneses, como casi todos los austro-húngaros (**Bucura** entre ellos) son en general muy parcos y prudentes con la cloroformización á la reina.

Según **Eisenberg**, el cloroformo á la reina «estaría completamente olvidado en Viena» (año 1910) y es precisamente el citado autor uno de los pocos y más esforzados paladines de la analgesia obstétrica en el parto fisiológico.

Italia — En Italia el cloroformo á la reina no entra sino muy lentamente. Uno de los autores más populares de aquel país, **Cuzzi**, no es partidario de la semi-anestesia en el parto normal. Los italianos han sido siempre poco cloroformistas. Yo he tenido ocasión de recibir algunas cartas de especialistas italianos en las que todos, unánimemente confirman el escasísimo uso de la semianestesia clorofórmica, hecho por ellos en el hospital y en la clínica. En Italia suelen practicarse hasta intervenciones (forceps, suturas, etc.), sin cloroformo.

España — Según **Recasens** «el uso de los anestésicos en España, constituye un caso raro durante el parto normal». **Recasens**, sin embargo, es uno de los que más han abogado por el cloroformo á la reina y que más han luchado «contra esta falta de humanidad y de consideración á la mujer que sufre».

Suecia y Noruega — En Suecia y Noruega se usa y se abusa del cloroformo en el parto fisiológico. Según **Stiassny**, no son raras las autocloroformizaciones de la parturiente.

Rusia — De Rusia no he podido recoger datos exactos y detallados. En general parece que ahí la sedación artificar del dolor fisiológico es poco empleada.

Estados Unidos de Norte América — En Estados Unidos el abuso clorofórmico llega á su colmo en los partos naturales. Según **Pagenstecher** es muy frecuente que el médico proporciones á la misma parturiente 8 ó 10 gramos de cloroformo para que ésta haga uso incondicional de dicha dosis al final del período expulsivo. En Norte América los partos sin cloroformo, son excepcionales.

Brasil — Sobre la difusión que el cloroformo á la reina tiene en el Brasil, escasísimos han sido los datos que he podido recoger en la literatura. Conozco médicos de Río de Janeiro que lo practican.

Chile — En Chile, donde según carta del profesor **Pardo Correa**, que obra en mi poder, hase trabajado algo sobre sedación del parto natural (profesor **Vicencio**), parece que el cloroformo es el que prima. Transcribo de la respuesta del doctor **Pardo Correa**, las siguientes líneas : « De mi experiencia en clínica y privada, todavía no encuentro nada que aventaje al cloroformo *bien administrado y á tiempo* ».

Uruguay !— En cuanto al Uruguay, el doctor **Pou y Orfila**, profesor de la Facultad de Medicina de Montevideo, dice textualmente en una carta recibida : « En general, en nuestro medio ambiente, no se hace uso [de la anestesia en el parto natural] ». En igual sentido se expresa el doctor **Lenguas**, de la misma capital.

República Argentina !— Entre nosotros, desgraciadamente, la influencia abstencionista de **Pinard** y de **Payot**, ha sido nula. Y en tal sentido nos aproximamos mucho más á los ingleses y americanos que á los franceses, que son más moderados. Es curioso que siendo nosotros tan francófilos y tan admiradores, sobre todo, de **Pinard**, no hayamos atemperado algo siquiera, el frenesí clorofórmico que nos domina ; de donde se deduce que no siempre el eclecticismo es beneficioso. Buenos Aires y La Plata son ciudades cloroformistas por excelencia. Se derrocha el cloroformo en el parto. No exagero, si digo que de 100 mujeres jóvenes que libran, 80 exigen de antemano la anestesia. Digo *jóvenes* porque las generaciones pasadas eran más razonables.

Noto sin embargo, como buen síntoma, que los parteros modernos, no obstante la demanda cada vez más extendida, administran el cloroformo á la reina con mayores cautelas y en dosis menores á las usadas por los parteros viejos, que el adelanterse á la

demanda, hacían la oferta con la mayor naturalidad para evitar esa «hiperalgesia á contradicción» (permítaseme el término) tan frecuente en ciertas mujeres de la «praxis aurea» inquebrantablemente resueltas á no tolerar el menor dolor sin cloroformo. El progreso, pues, está más en la técnica que en la indicación.

Respecto á las provincias argentinas, de una encuesta que he realizado y que me ha permitido reunir una buena documentación, puedo afirmar que el cloroformo á la reina es casi desconocido.

En Santa Fe dicha cloroformización, salvo rarísimas excepciones, no se emplea ni en el público ni en el hospital (**Dr. Borgui**).

En Córdoba, según epístola del profesor **Lascano**, la analgesia obstétrica es allí muy poco usada.

CAPITULO X

Resumen de las historias clínicas referentes á la serie estudiada

Supérfluo sería adjuntar aquí la historia íntegra de cada una de las parturientes cloroformizadas de mi serie. Reducireme á presentar un extracto de dichas historias acompañado de sus correspondientes gráficos. Para dar una idea, sin embargo, del método seguido en la observación, considero oportuno ofrecer la reproducción de una de dichas historias, preparadas ad-hoc para facilitar la observación sistemática de cada narcotizada.

He aquí el modelo de los protocolos utilizados :

Observación	Boletín Clínico
Nombre	Edad
Nacionalidad	Gesta. Estado
	Antecedentes

Ingresos a la Sala	Pulso	Resp.	Temp.
Principio del trabajo	Rotura de la bolsa	1er. Pujo	
Contracciones periodo dilatante			

Contracciones período dilatante	
Intensidad	Duración
	Frecuencia
	Dolor

Contracciones período expulsivo	Dolor
Intensidad	Frecuencia
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

Contracciones que precedieron a la anestesia.

Particularidades Feto Estado del trabajo antes de la anestesia

Naturaleza del anestésico	Forma administración
Principio de la anestesia	Fin de la anestesia

Cantidad empleada	Hora	Emuls. plac.	Hora
Emulsión fetal			

Pérdida sanguínea
Incidencias

Estado de la madre post-partum
Estado del niño post-partum

Puerperio Alta

Efectos subjetivos de la madre durante la anestesia

Efectos subjetivos de la madre después de la anestesia

<i>Instante más doloroso del parto:</i>	<i>Subj.</i>
<i>Anamnesis</i>	<i>Observaciones</i>

Estado del trabajo durante la anestesia	Sens	Mot
de la inteligencia "	"	"

Contracciones

Estado del trabajo después de la anestesia	
de la inteligencia	

Contracciones	"	"	antes de la anestesia
Número de contracciones en			

Duración media de cada contracción antes de la A

Vómitos:

OBSERVACIONES CLÍNICAS

OBSERVACION I

(Ver gráficos de caso I).—Bol. Clín. N° 9978

R. D., 28 años, primípara, española.

Período dilatante : 20 gramos de cloroformo en 1 hora.

Parto normal (salvo desg. perin. II° grado).

Pérdida sanguínea 200 grs. aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (2 grados). Hiper-algesia transitoria.

Inteligencia algo perturbada.

Número de contracciones :

En 60' antes de la anestesia = 18.

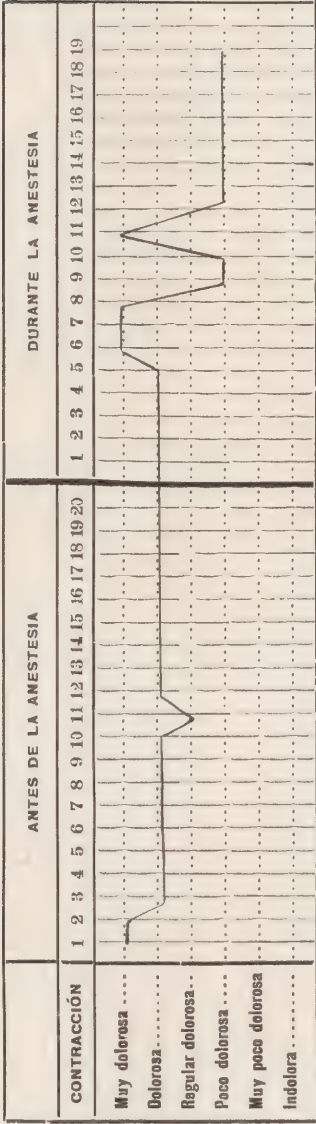
En 59' durante la anestesia = 19.

Duración media de cada contracción :

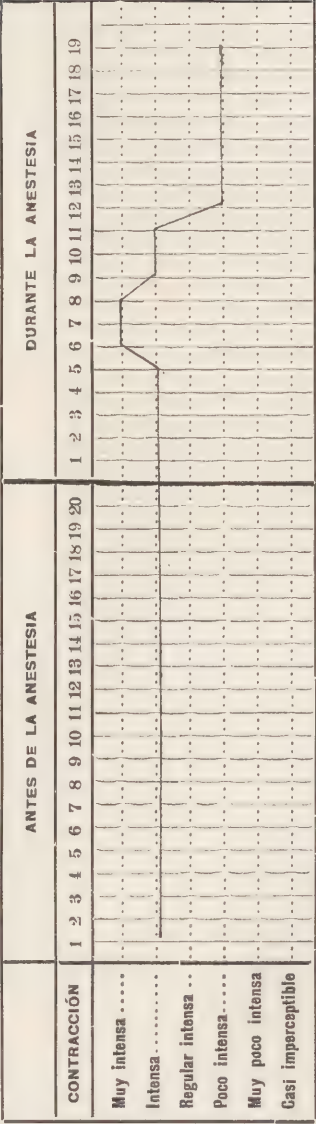
Sobre 20 contracciones antes de la anestesia = 56".

Sobre 19 contracciones durante la anestesia = 46".

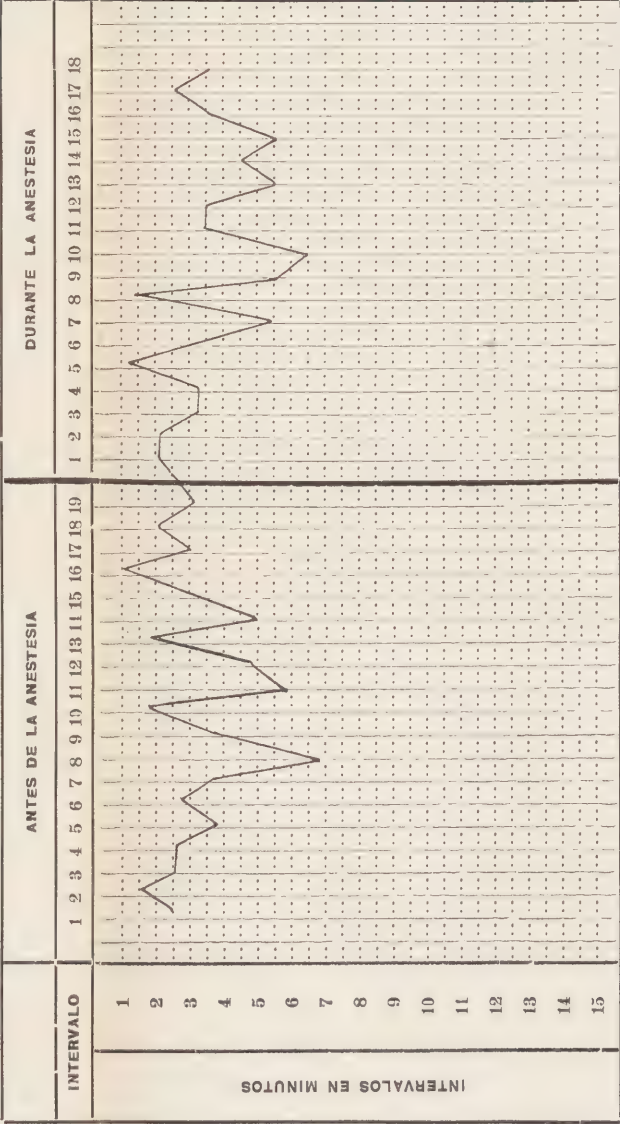
CASO 1 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 1



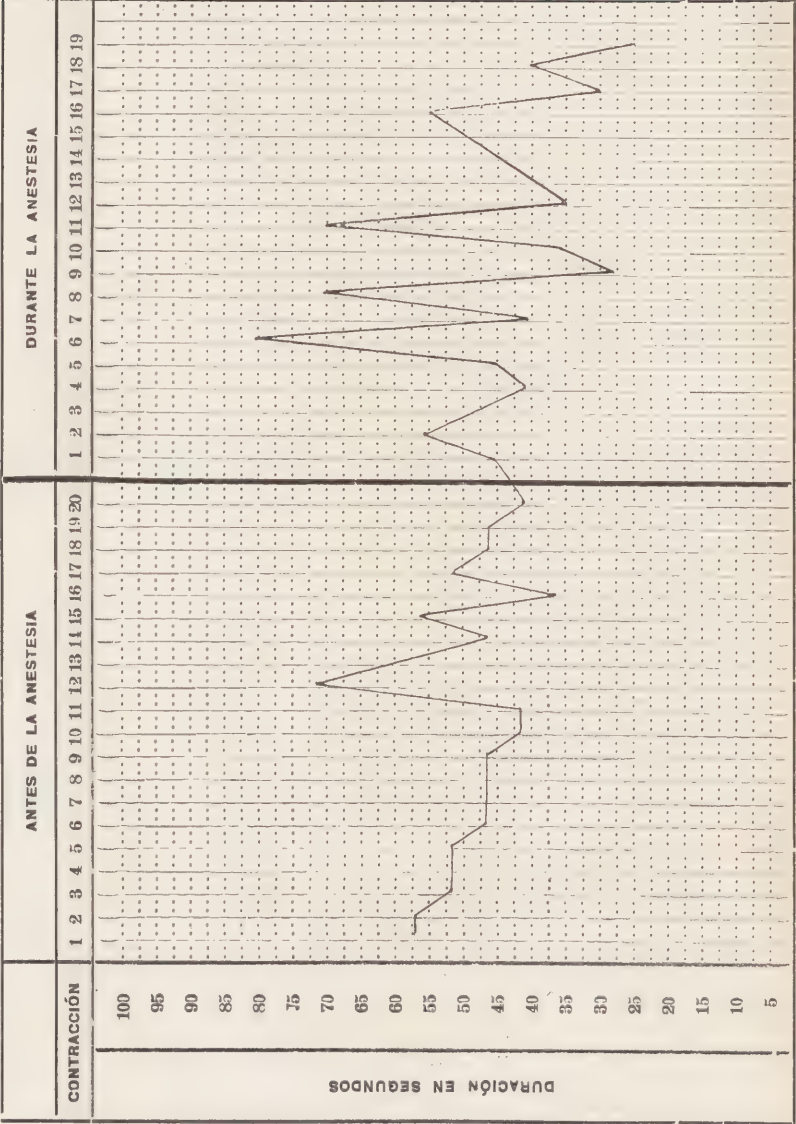
CASO 1 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 2



CASO 1 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 3



CASO 1 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION II

(Ver gráficos de caso II).—*Bol. Clín.* N° 9980

A. G., 32 años, II para, italiana.

Período expulsivo : 5 gramos cloroformo en 16 minutos.

Parto normal (Kriteller).

Pérdida sanguínea 60 grs. aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (1 grado).

Inteligencia clara. Temblores. Nerviosidad.

Número de contracciones :

En 5' antes de la anestesia = 2.

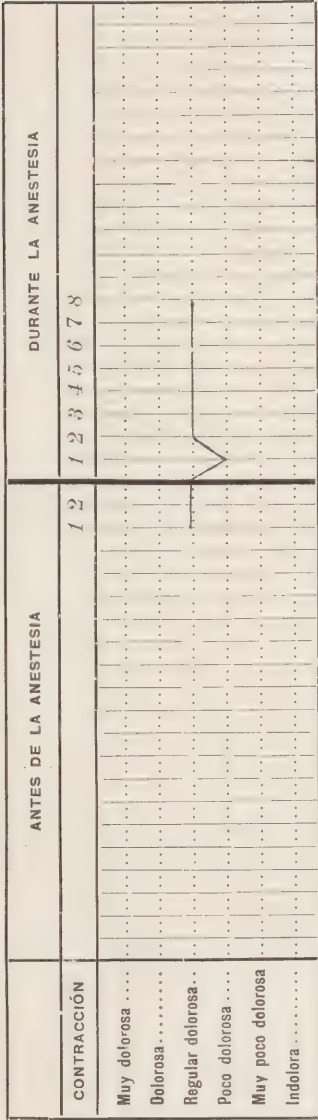
En 4' durante la anestesia = 4.

Duración media de cada contracción :

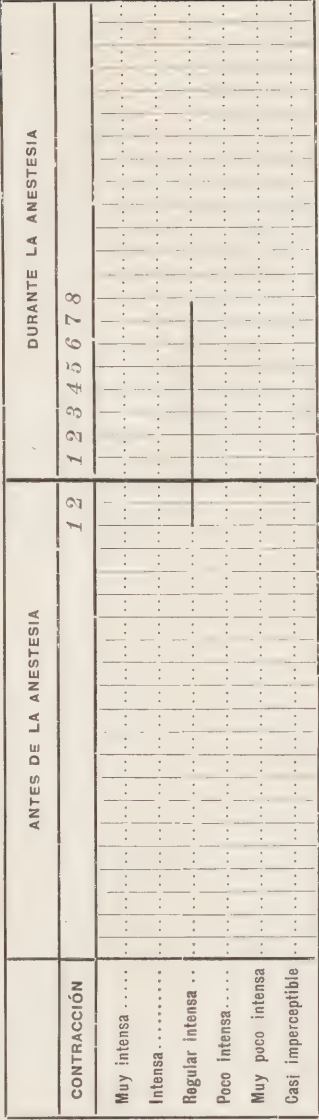
Sobre 2 contracciones antes de la anestesia = 45".

Sobre 2 contracciones durante la anestesia = 25".

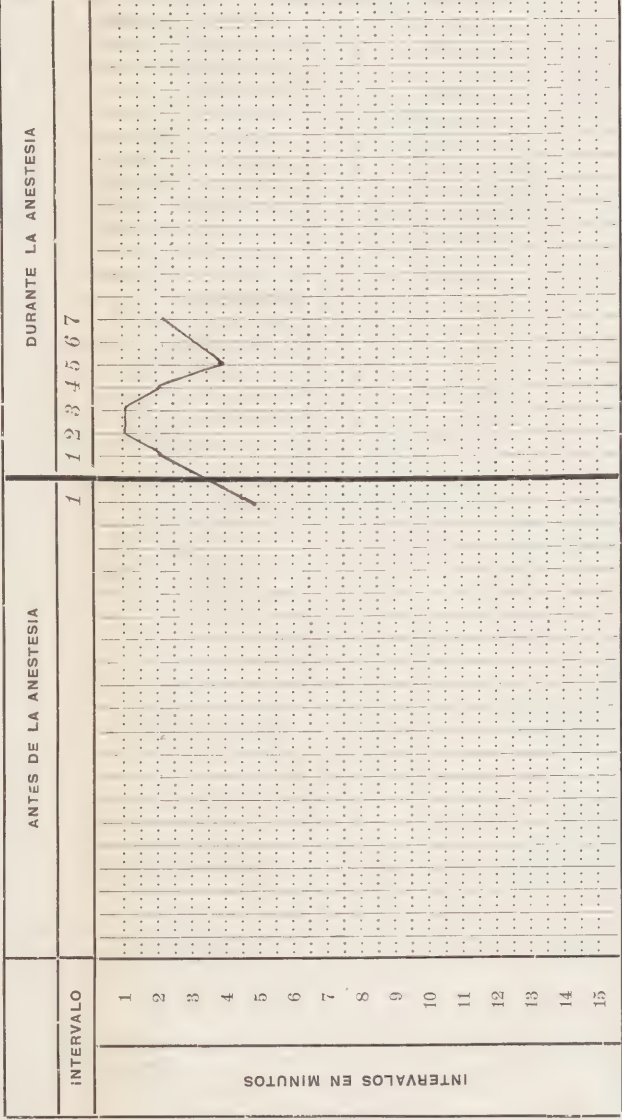
CASO 2 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 1



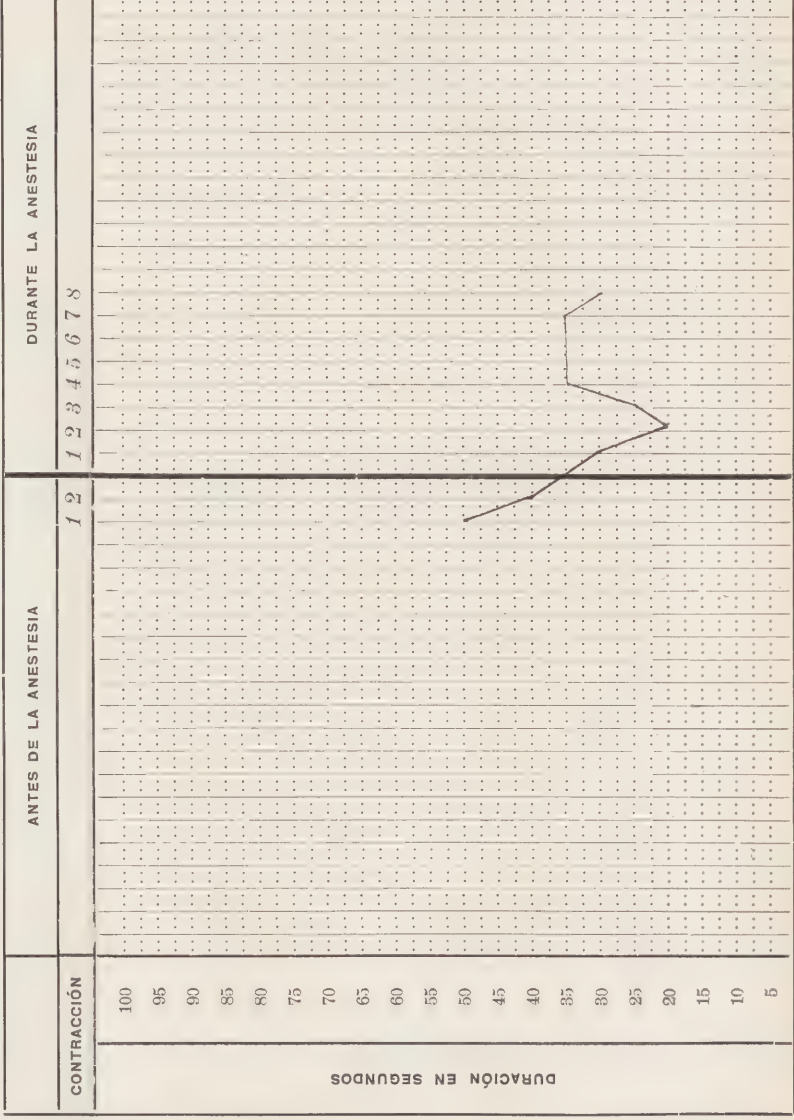
CASO 2 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 2



CASO 2 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 3



CASO 2 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde a una contracción.

OBSERVACION III

(Ver gráficos de caso III).—Bol. Clín. N° 9981

C. R., 23 años, primípara, española.

Período expulsivo: 20 gramos cloroformo en 47 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea 100 grs. aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (1 grado).

Inteligencia ligeramente perturbada. Nerviosidad.

Número de contracciones :

En 43' antes de la anestesia = 17.

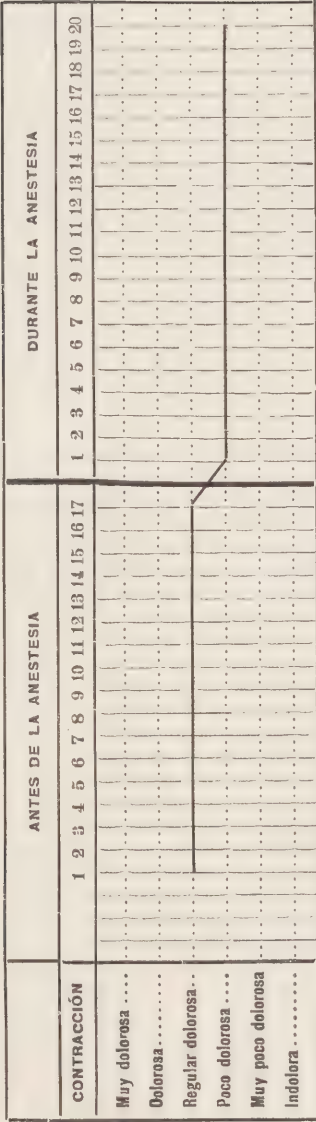
En 43' durante la anestesia = 18.

Duración media de cada contracción :

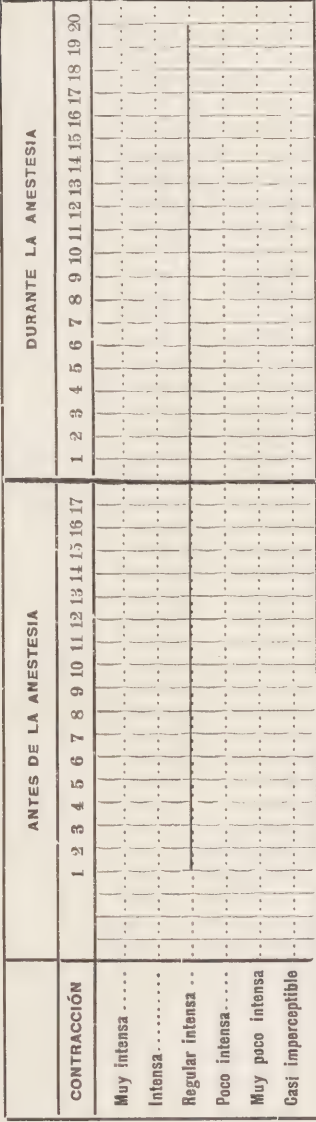
Sobre 17 contracciones antes de la anestesia = 43".

Sobre 20 contracciones durante la anestesia = 39".

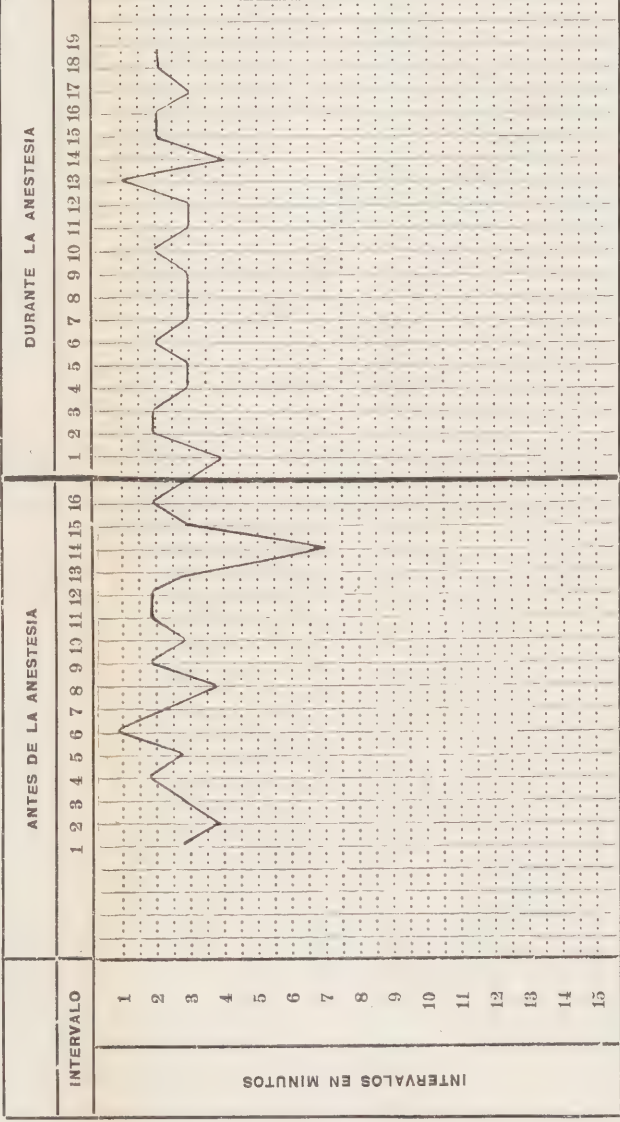
CASO 3 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 1



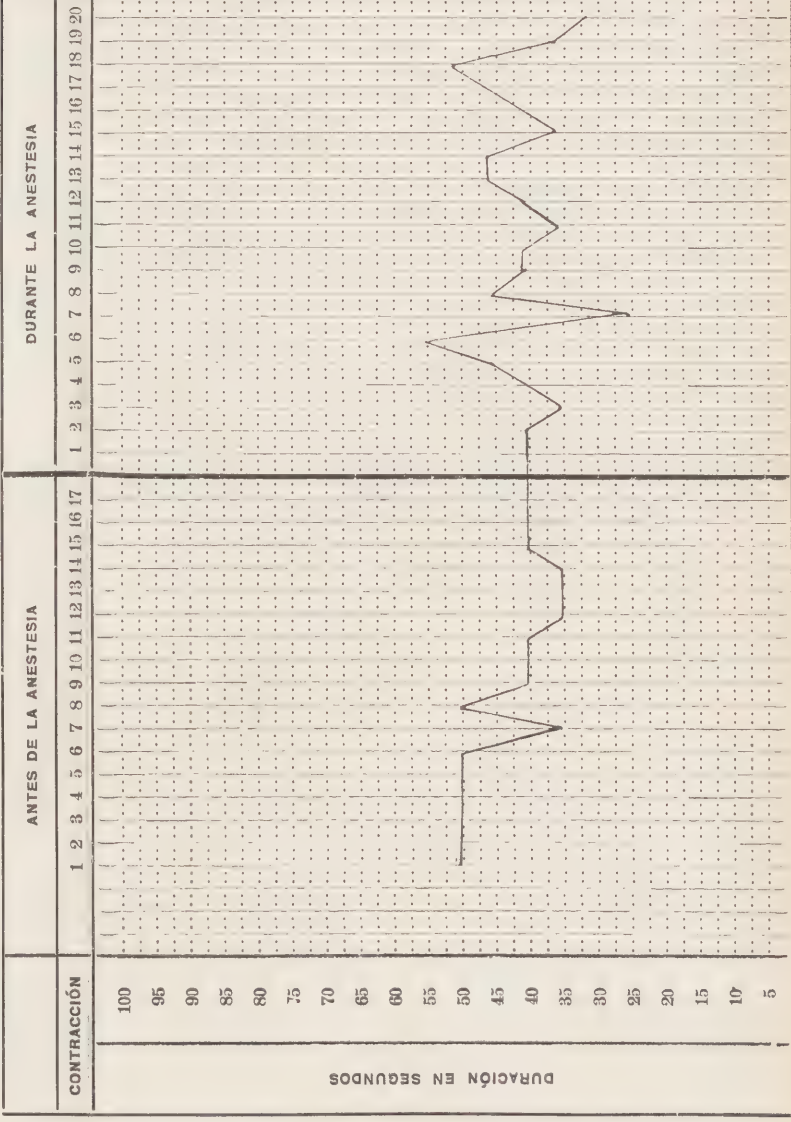
CASO 3 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 2



CASO 3 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 3



CASO 3 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION IV.

(Ver gráficos de caso IV).—*Bol. Clín.* N° 9985

R. T., 18 años, primípara, argentina.

Período expulsivo : 10 gramos cloroformo en 38 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea : 350 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (5 grados).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 2' antes de la anestesia = 2.

En 2' durante la anestesia = 2.

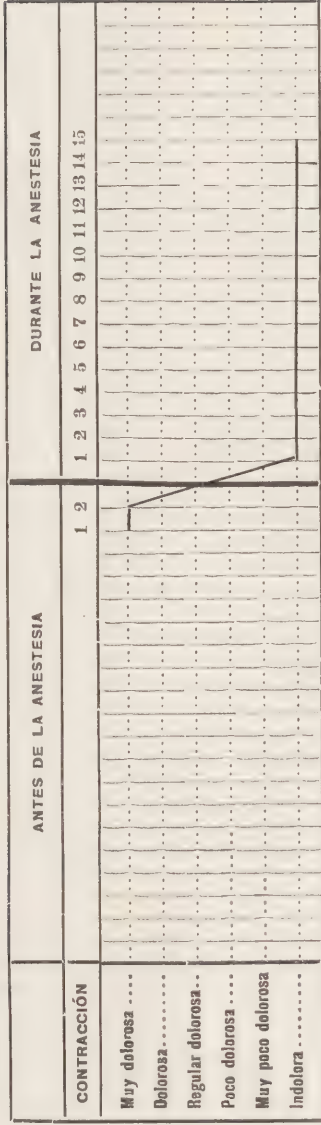
Duración media de cada contracción :

Sobre 2 contracciones antes de la anestesia = 30".

Sobre 15 contracciones durante la anestesia = 43".

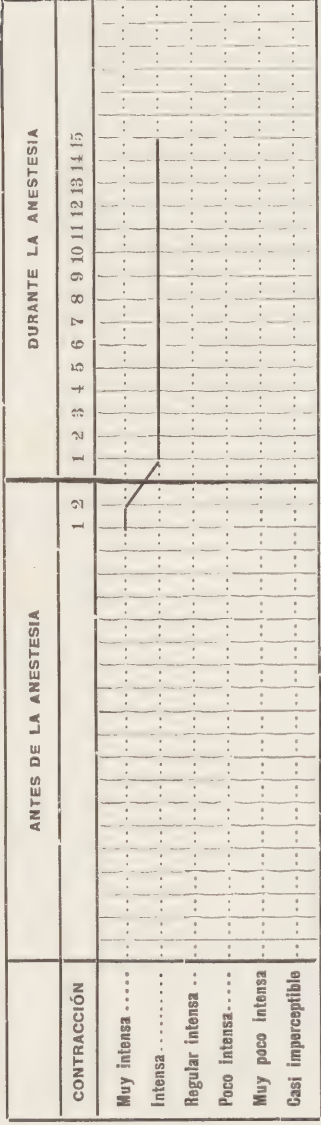
DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

CASO 4
GRÁFICO 1



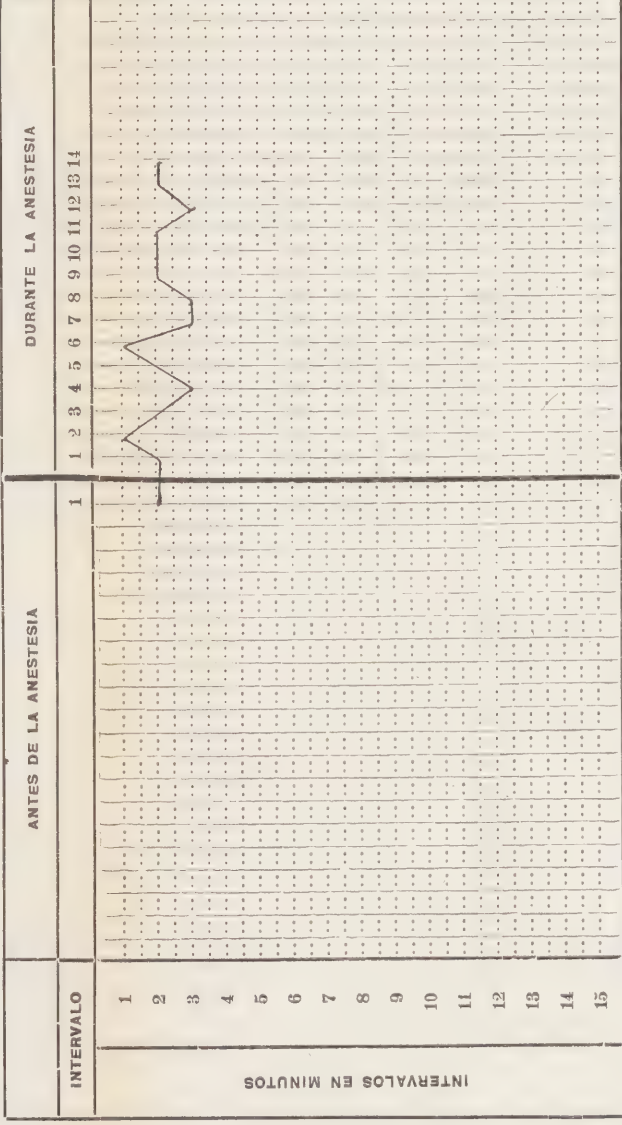
INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES

CASO 4
GRÁFICO 2



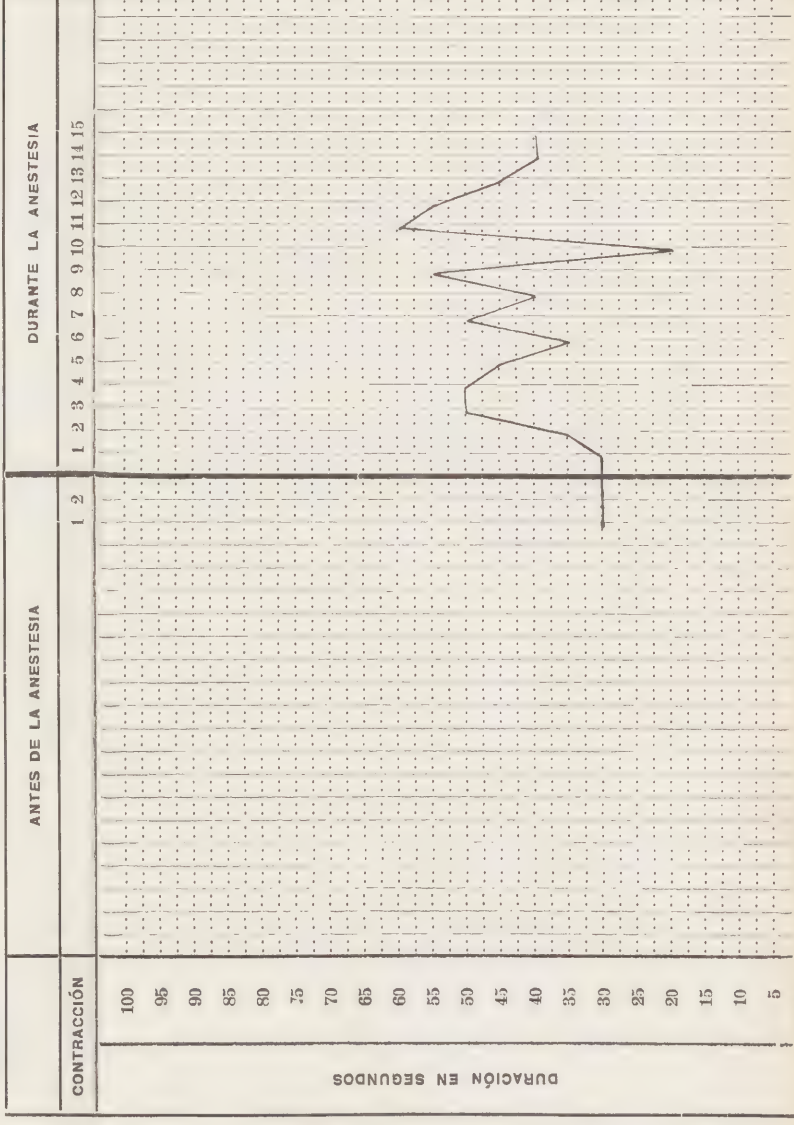
INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES

CASO 4
GRÁFICO 3



DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES

CASO 4
GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde a una contracción.

OBSERVACION V

(Ver graficos de caso V).—Bol. Clín. N° 9984

C. C., 19 años, primípara, española.

Período expulsivo: 15 gramos cloroformo en 21 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea : 80 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (1 grado).

Inteligencia algo perturbada.

Número de contracciones :

En 21' antes de la anestesia = 9.

En 21' durante la anestesia = 9.

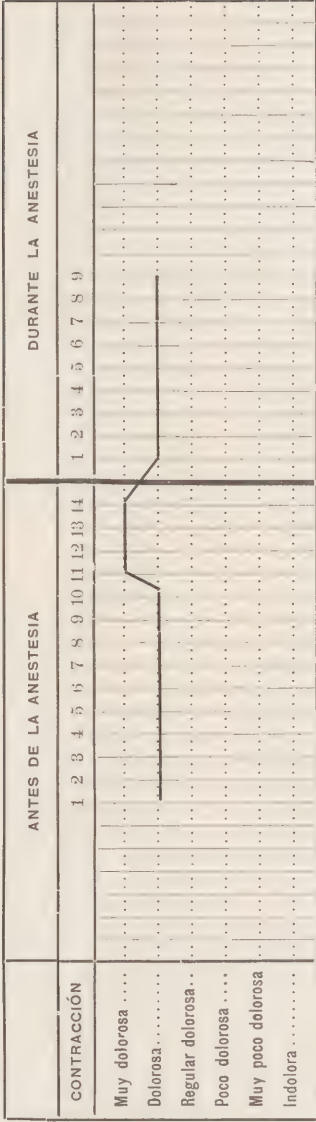
Duración media de cada contracción :

Sobre 21 contracciones antes de la anestesia = 29".

Sobre 21 contracciones antes de la anestesia = 39".

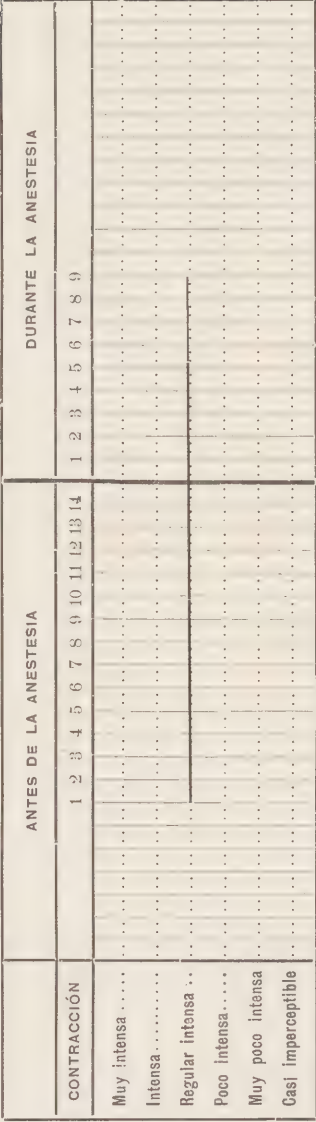
Caso 5 Dolor de las contracciones

Gráfico 1



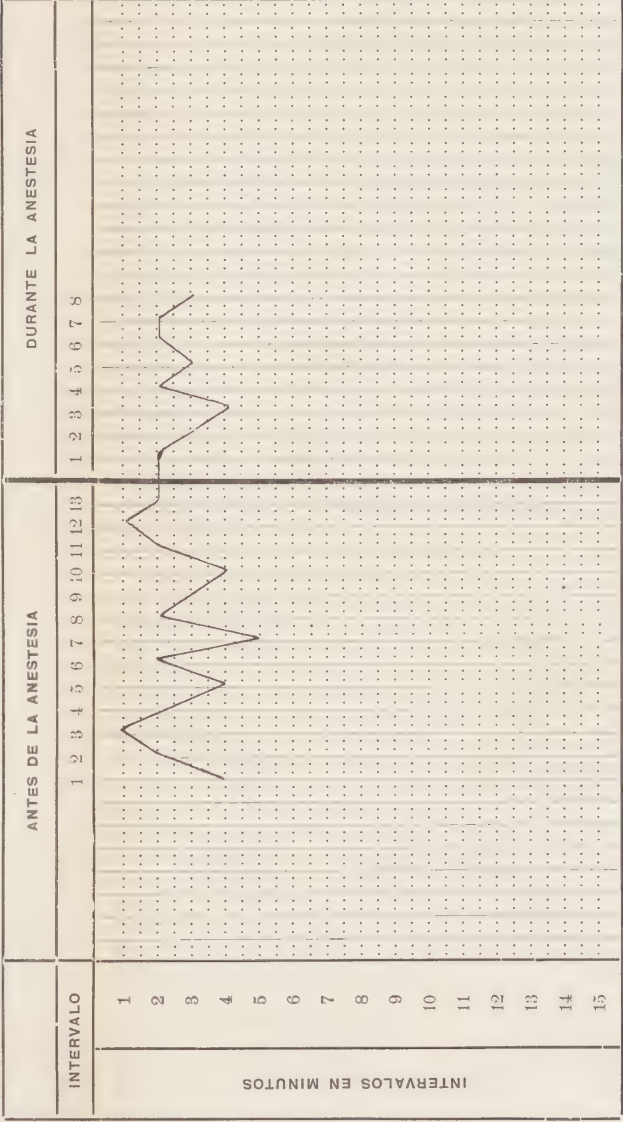
Caso 5 Intensidad de las contracciones

Gráfico 2



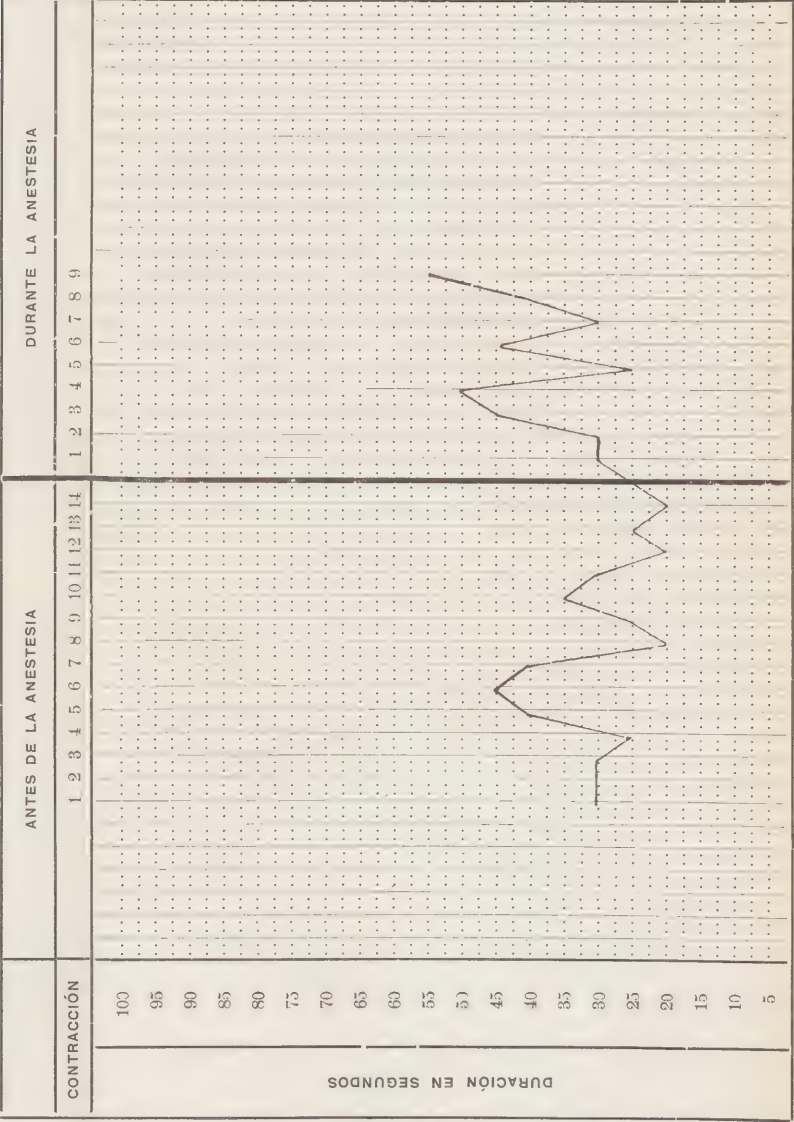
Caso 5 Intervalos de las contracciones

Gráfico 3



Caso 5 Duración de las contracciones

Gráfico 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde a una contracción.

OBSERVACION VI

(Ver gráficos de caso VI).—Bol. Clín. N° 9991

A. M., 11 años, primípara, italiana.

Período dilatante : 15 gramos cloroformo en 18 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea : 150 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (1 grado).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 14' antes de la anestesia = 10.

En 14' durante la anestesia = 8.

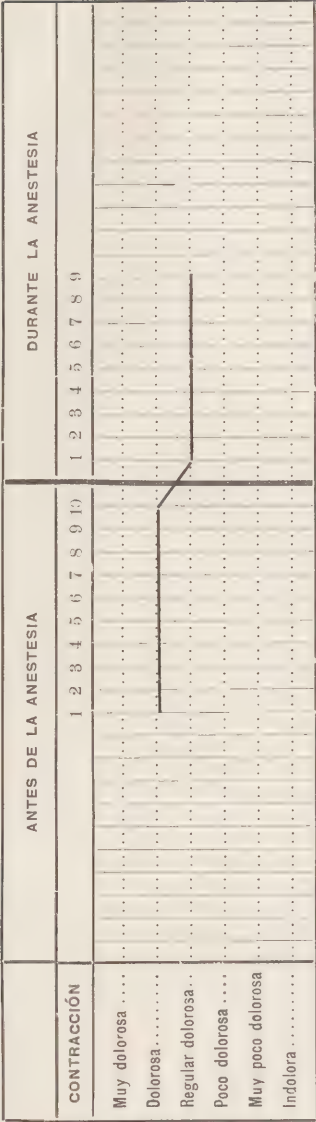
Duración media de cada contracción :

Sobre 10 contracciones antes de la anestesia = 33".

Sobre 21 contracciones durante la anestesia = 39".

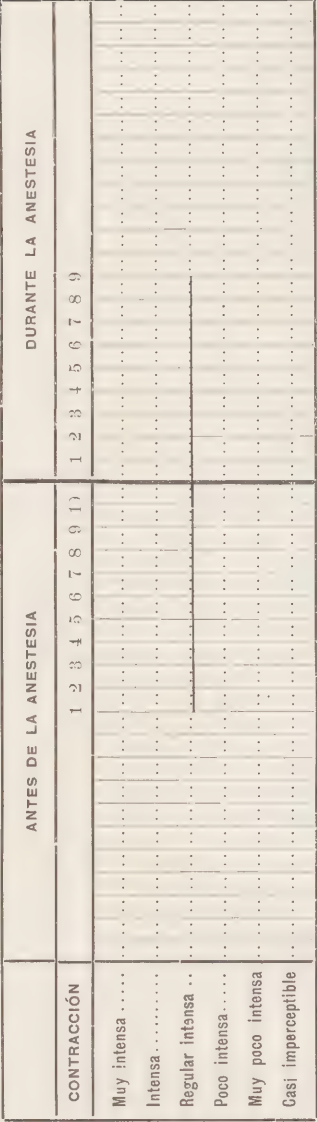
CASO 6 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 1



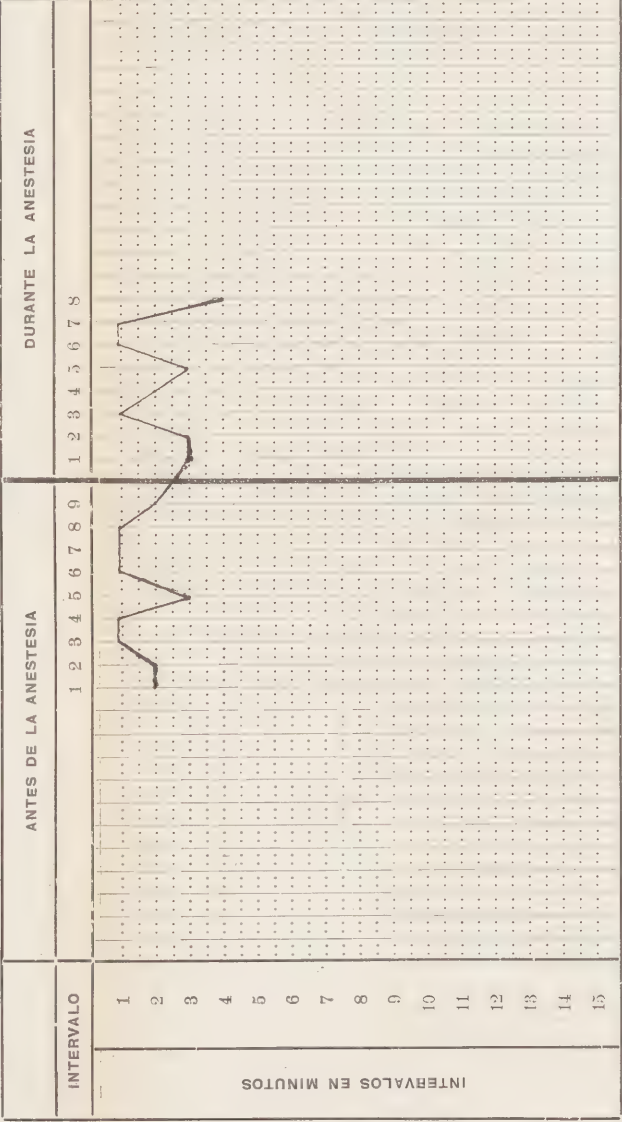
CASO 6 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 2



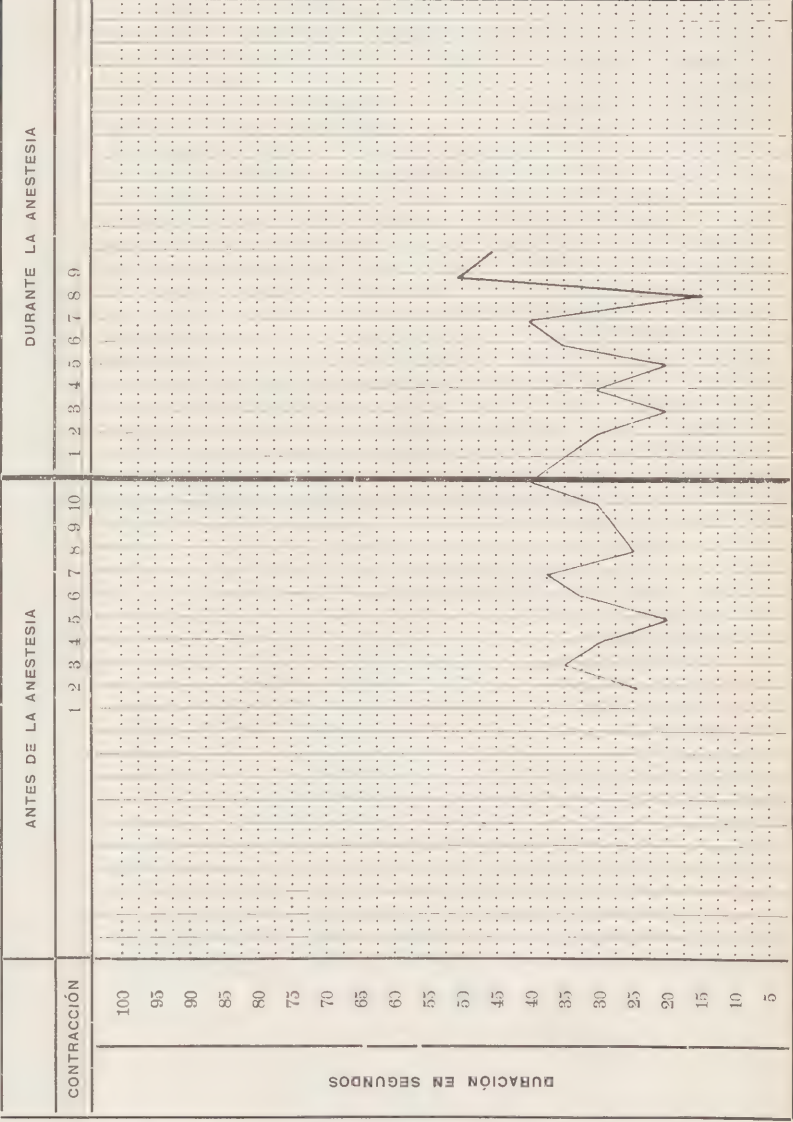
CASO 6 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 3



CASO 6 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION VII

(Ver gráficos de caso VII).—*Bol. Clín.* N° 9994

M. L., 18 años, primípara, española.

Período expulsivo: 15 gramos cloroformo en 48 minutos.

Parto normal (salvo desgarradura II° grado).

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (1 grado).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 33' antes de la anestesia = 9.

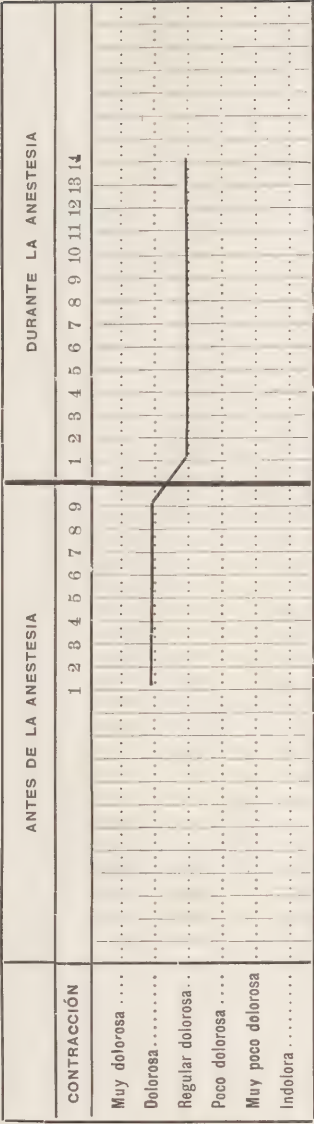
En 34' durante la anestesia = 10.

Duración media de cada contracción :

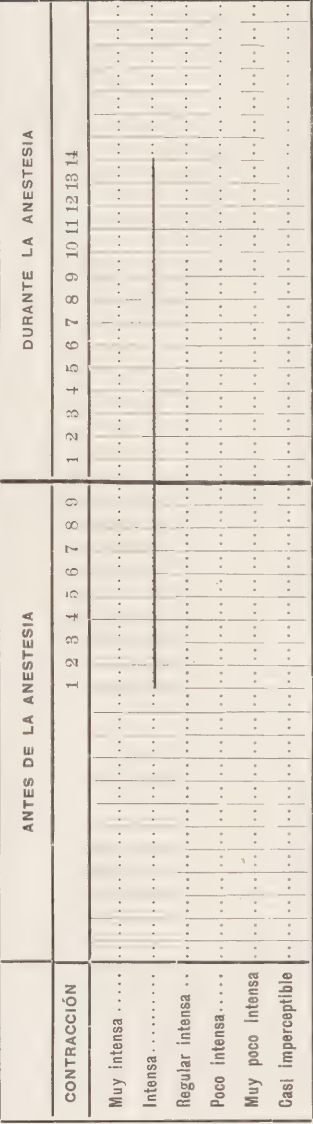
Sobre 9 contracciones antes de la anestesia = 45".

Sobre 10 contracciones durante la anestesia = 61".

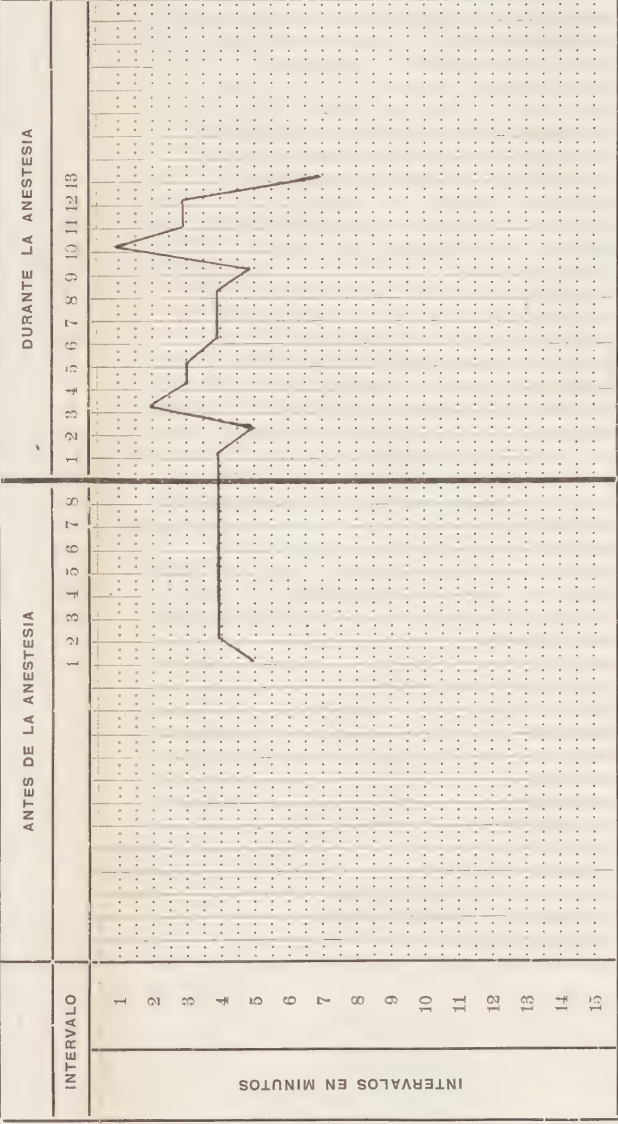
CASO 7 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 1



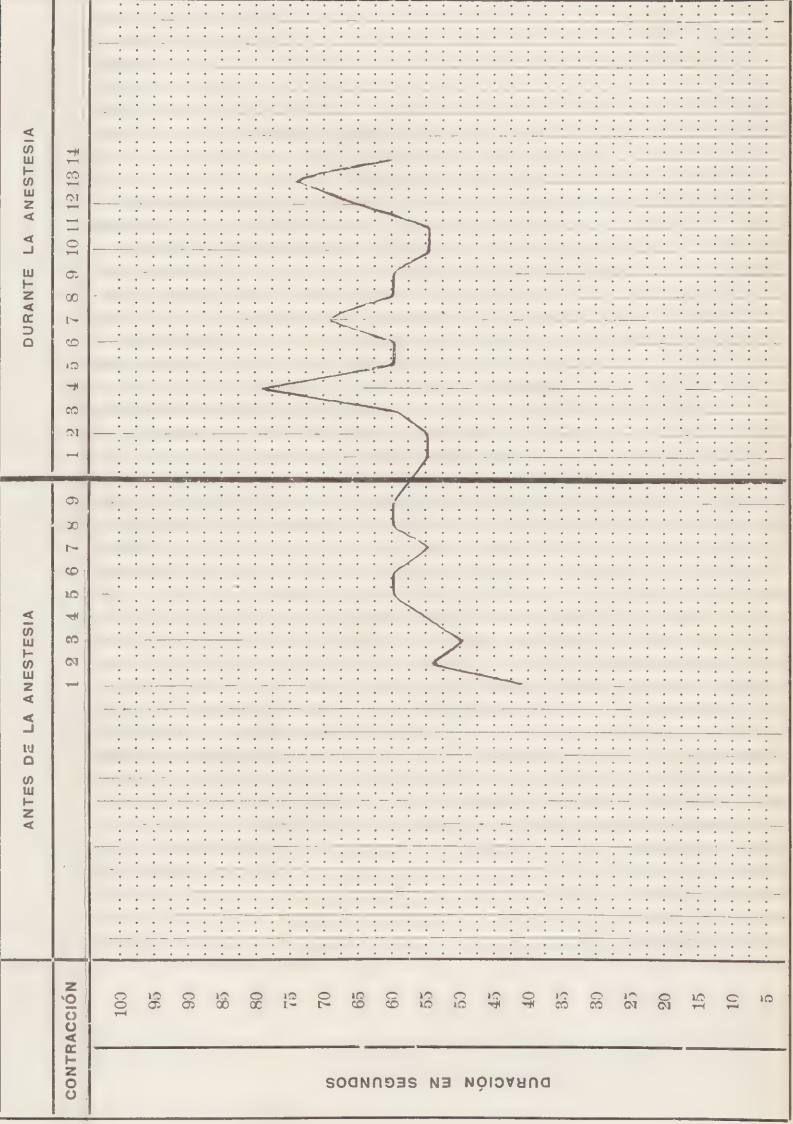
CASO 7 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 2



CASO 7 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 3



CASO 7 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION VIII

(Ver gráficos de caso VIII).—*Bol. Clín* N° 9993

M. K., 22 años, primípara, alemana.

Período expulsivo: 15 gramos cloroformo en 27 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea: 100 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (2 grados).

Inteligencia clara.

Número de contracciones:

En 5' antes de la anestesia = 3.

En 6' durante la anestesia = 4.

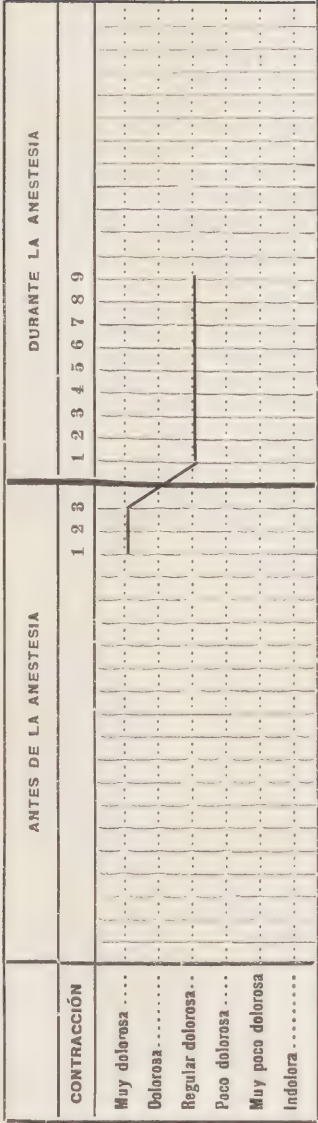
Duración media de cada contracción:

Sobre 3 contracciones antes de la anestesia = 31".

Sobre 4 contracciones durante la anestesia = 48".

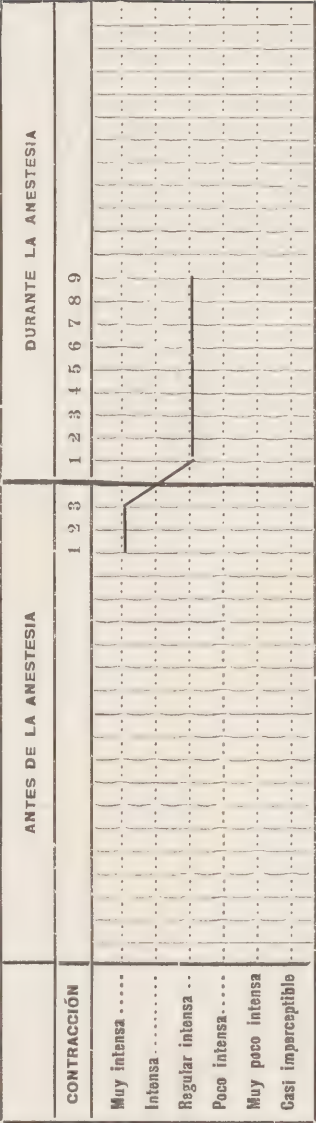
CASO 8 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 1



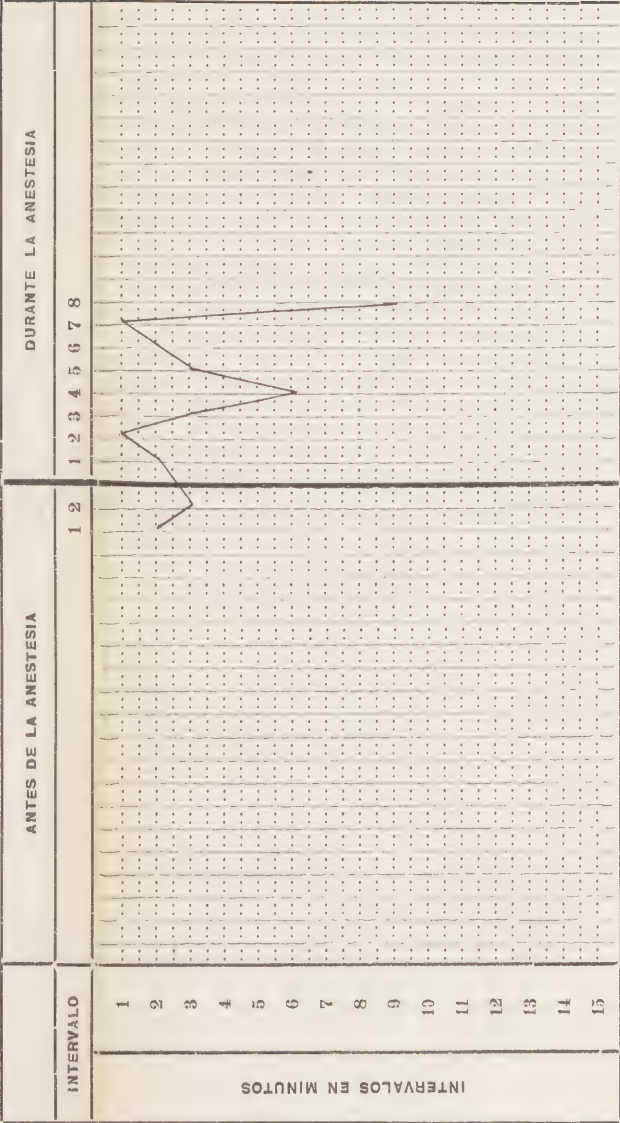
CASO 8 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 2



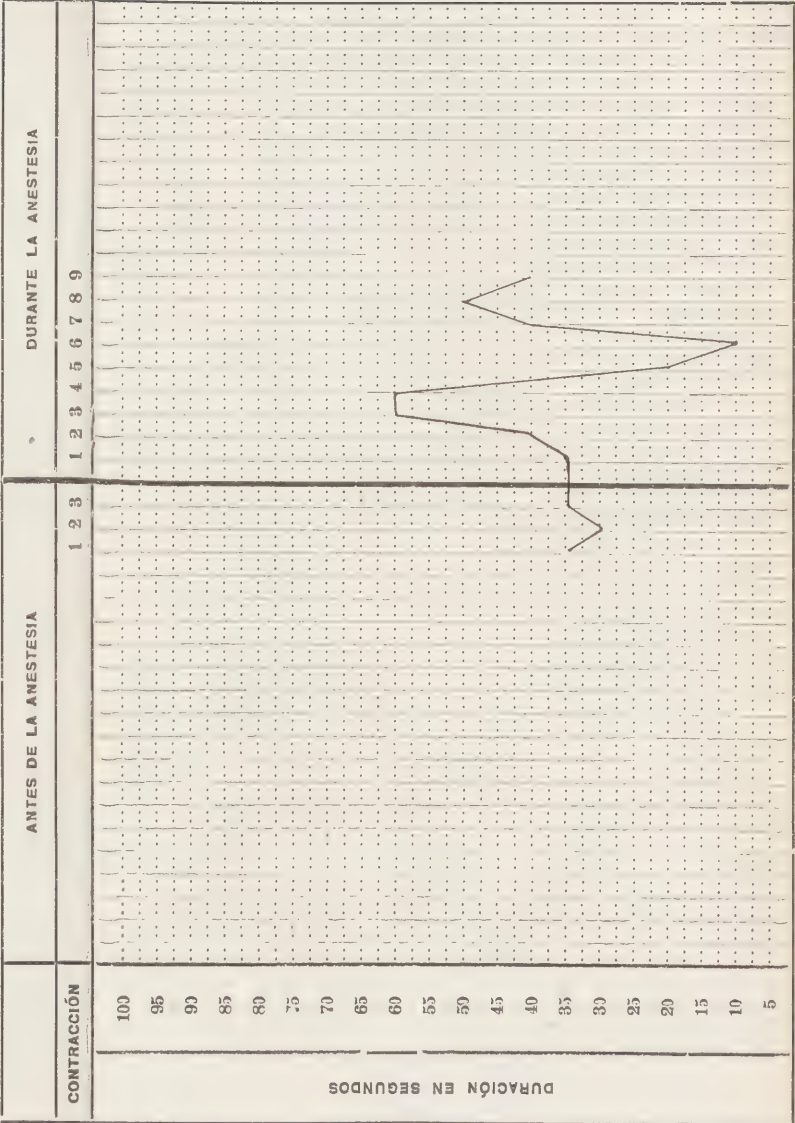
CASO 8 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 3



CASO 8 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION IX

(Ver gráficos de caso IX).—Bol. Clín. N° 10.019

C. G., 29 años, primípara, rusa.

Período dilatante: 20 gramos cloroformo en 30 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea: 100 grs., aproximadamente.

Sedación subjetiva nula.

Sedación objetiva de 1 grado.

Inteligencia variable (momentos de inconsciencia).

Número de contracciones:

En 28' antes de la anestesia = 9.

En 28' durante la anestesia = 10.

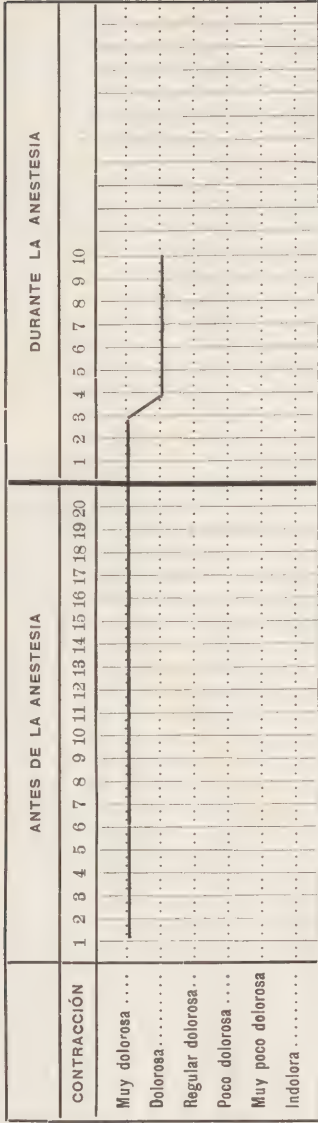
Duración media de cada contracción:

Sobre 9 contracciones antes de la anestesia = 44".

Sobre 10 contracciones durante la anestesia = 54".

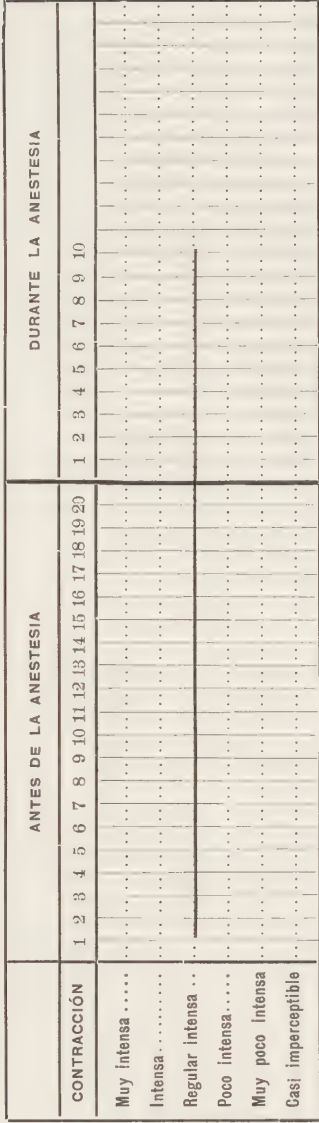
Caso 9 Dolor de las contracciones

Gráfico 1



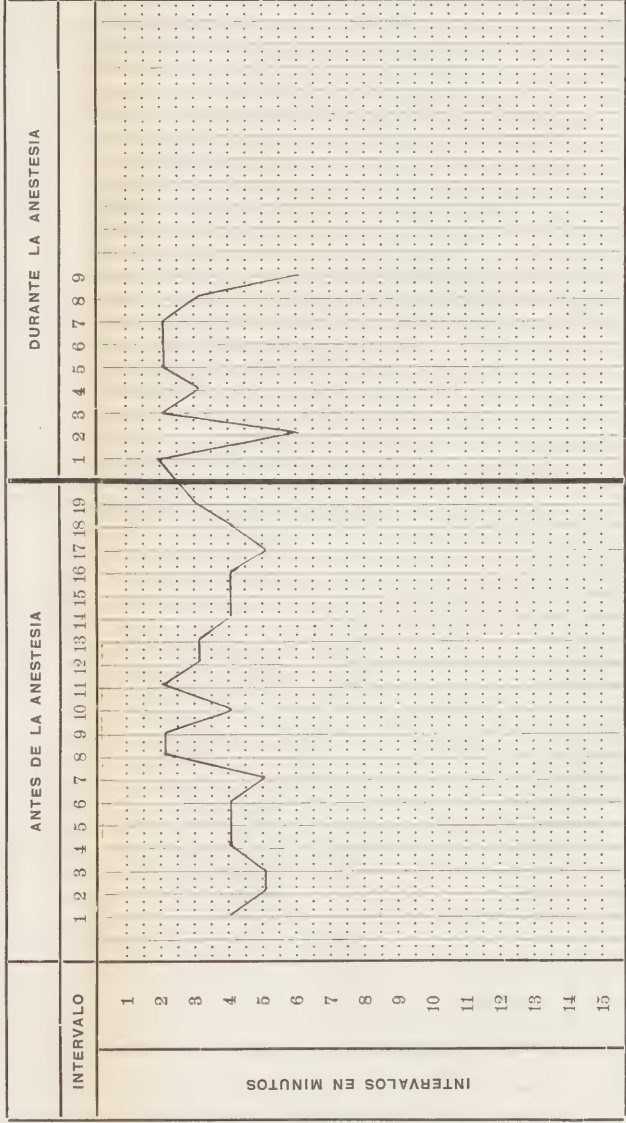
Caso 9 Intensidad de las contracciones

Gráfico 2



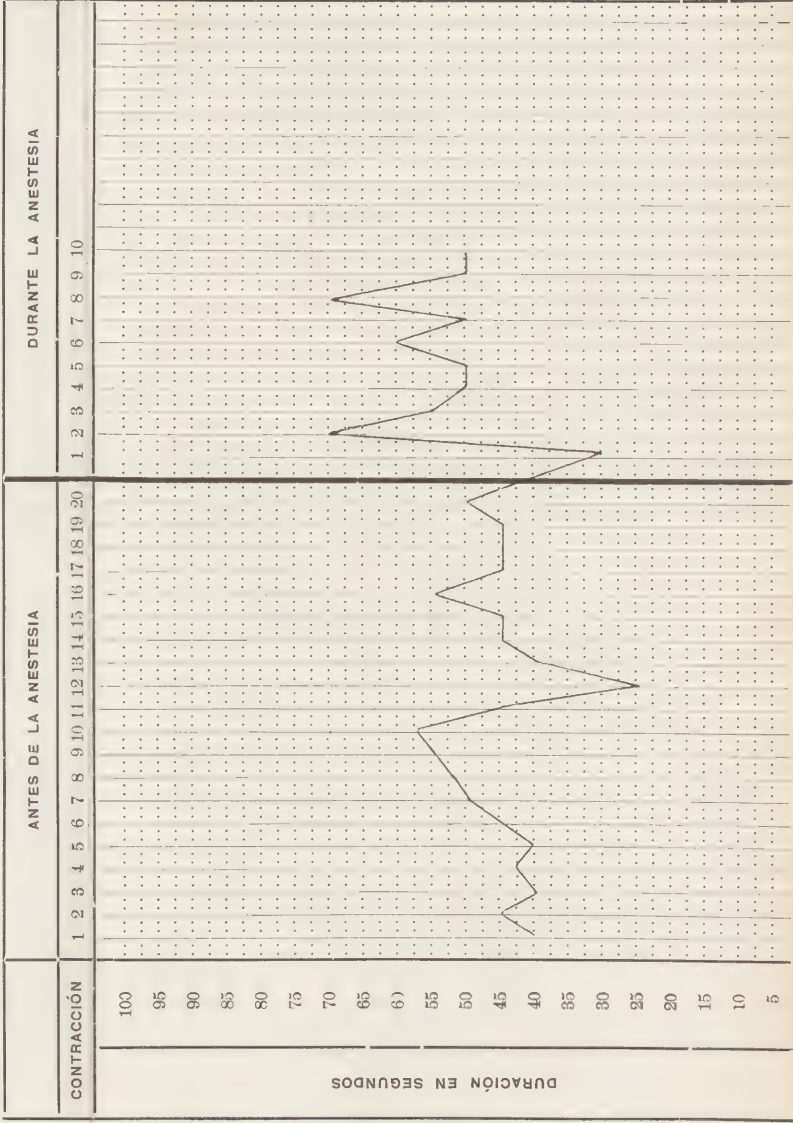
Caso 9 Intervalos de las contracciones

Gráfico 3



Caso 9 Duración de las contracciones

Gráfico 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION X

(Ver gráficos de caso X).—*Bol. Clín.* N° 10.018

A. Z., 24 años, primípara, rusa.

Período dilatante: 15 gramos cloroformo en 31 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea: 150 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (4 grados).

Inteligencia clara.

Número de contracciones:

En 30' antes de la anestesia = 9.

En 29' durante la anestesia = 10.

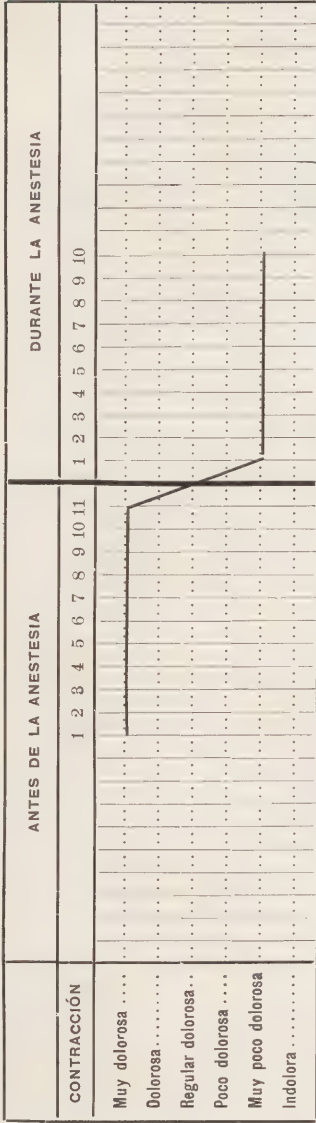
Duración media de cada contracción:

Sobre 10 contracciones antes de la anestesia = 66".

Sobre 10 contracciones durante la anestesia = 66".

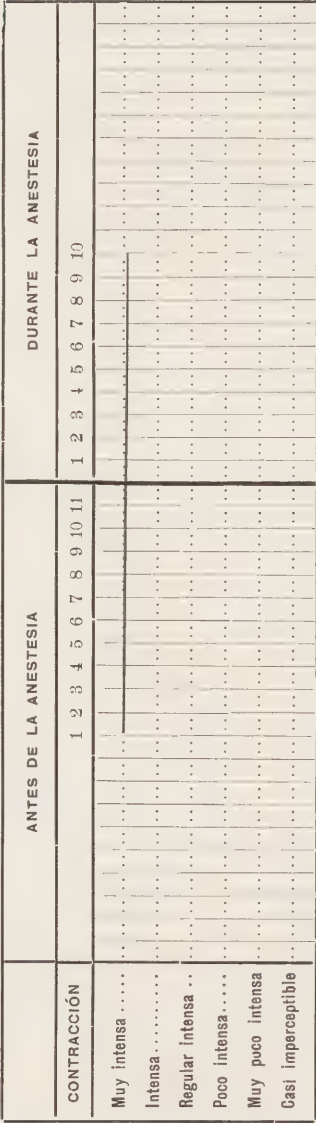
Caso 10 Dolor de las contracciones

Gráfico 1



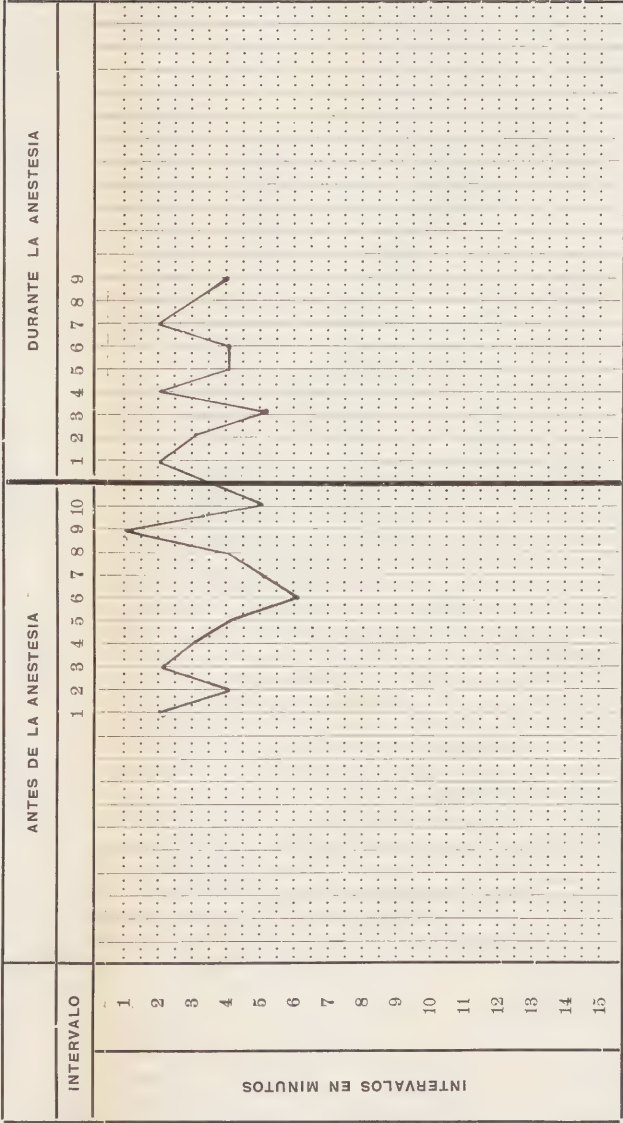
Caso 10 Intensidad de las contracciones

Gráfico 2



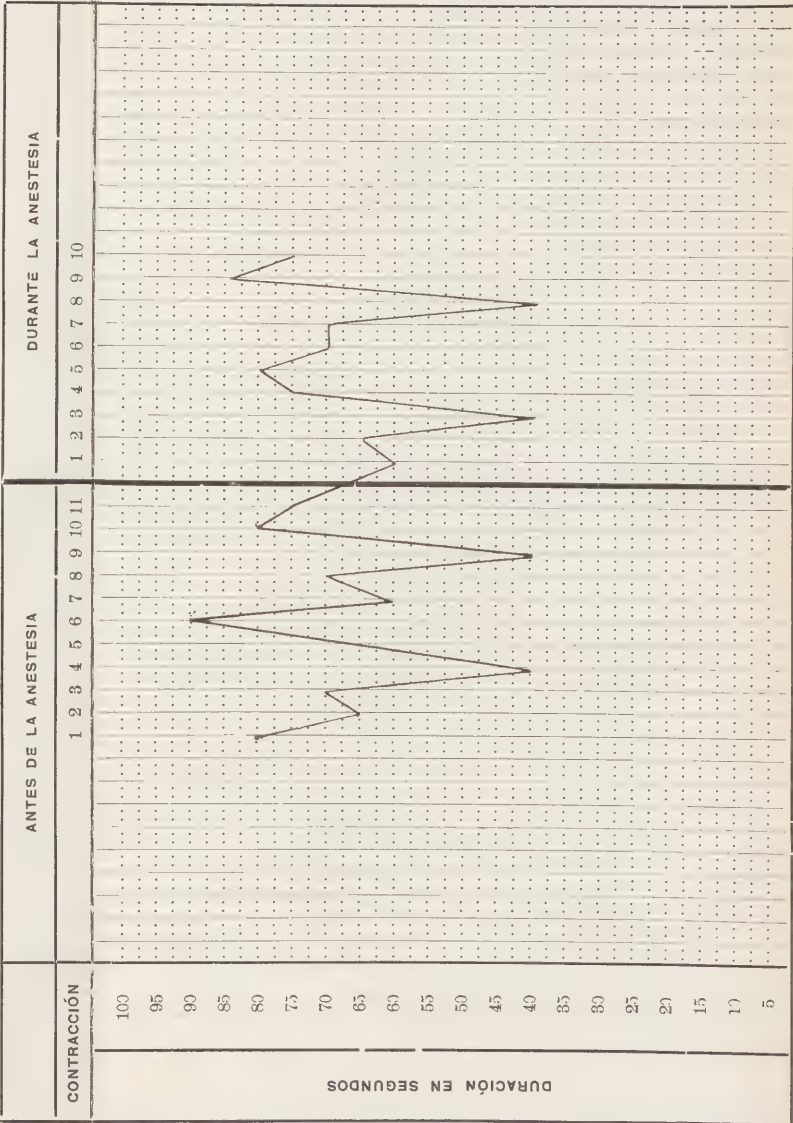
Caso 10 Intervalos de las contracciones

Gráfico 3



Caso 10 Duración de las contracciones

Gráfico 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde a una contracción.

OBSERVACION XI

(Ver gráficos de caso XI).—Bol. Clín. N° 10.046

R. B., 19 años, primípara, italiana.

Período dilatante : 10gramos cloroformo en 50 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea : 200 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (4 grados).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 36' antes de la anestesia = 20.

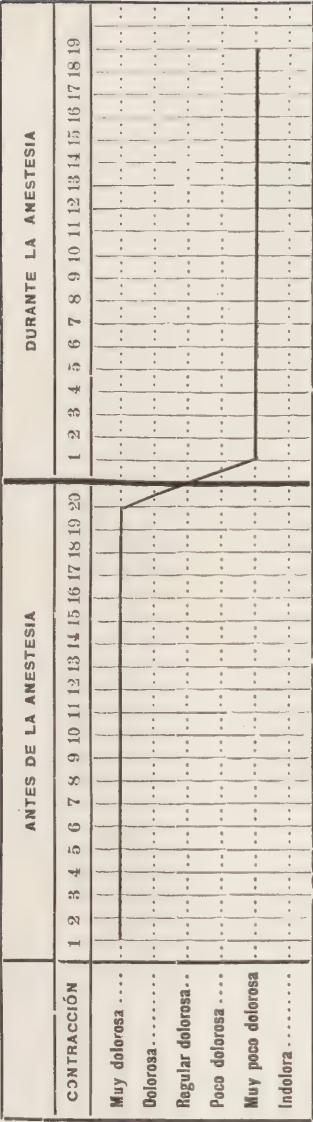
En 35' durante la anestesia = 16.

Duración media de cada contracción :

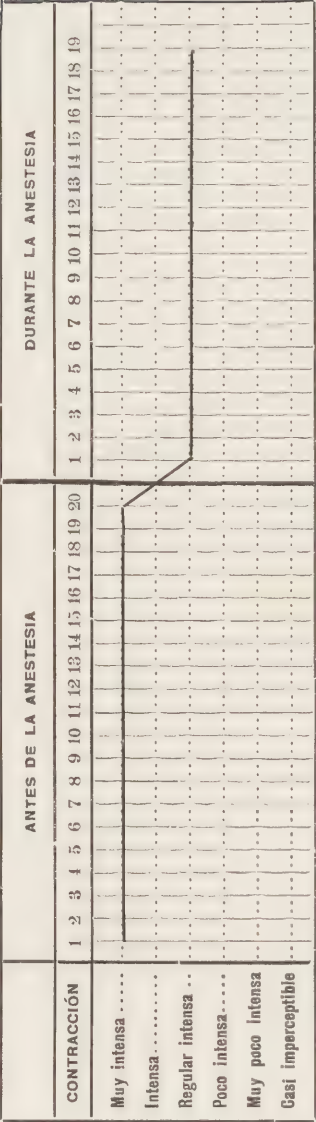
Sobre 20 contracciones antes de la anestesia = 48'.

Sobre 19 contracciones durante la anestesia = 35".

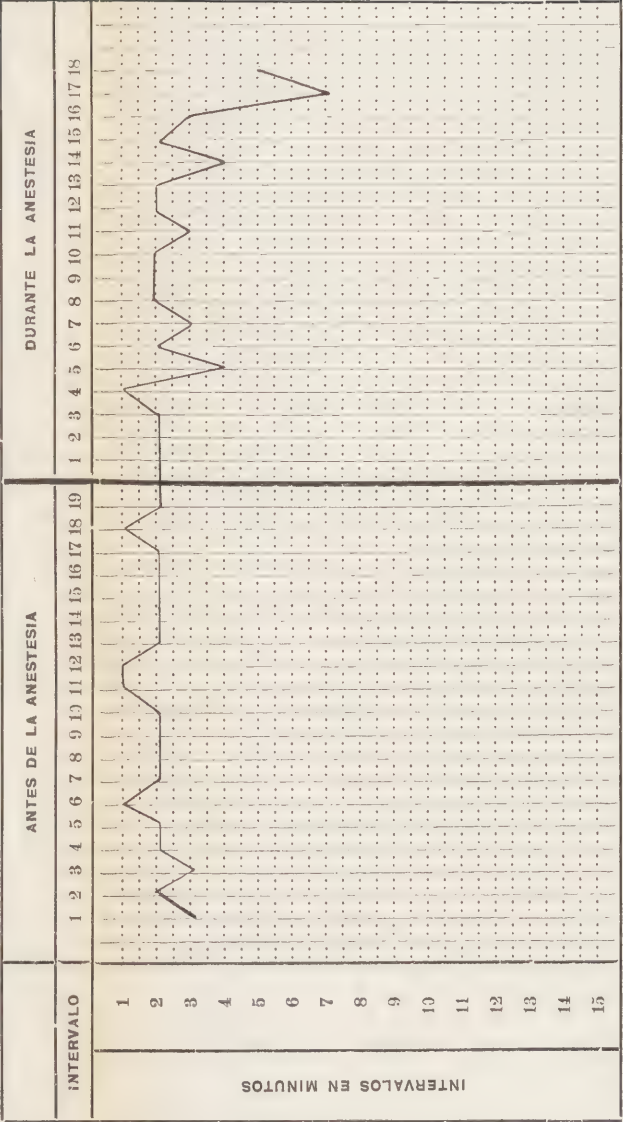
CASO 11 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 1



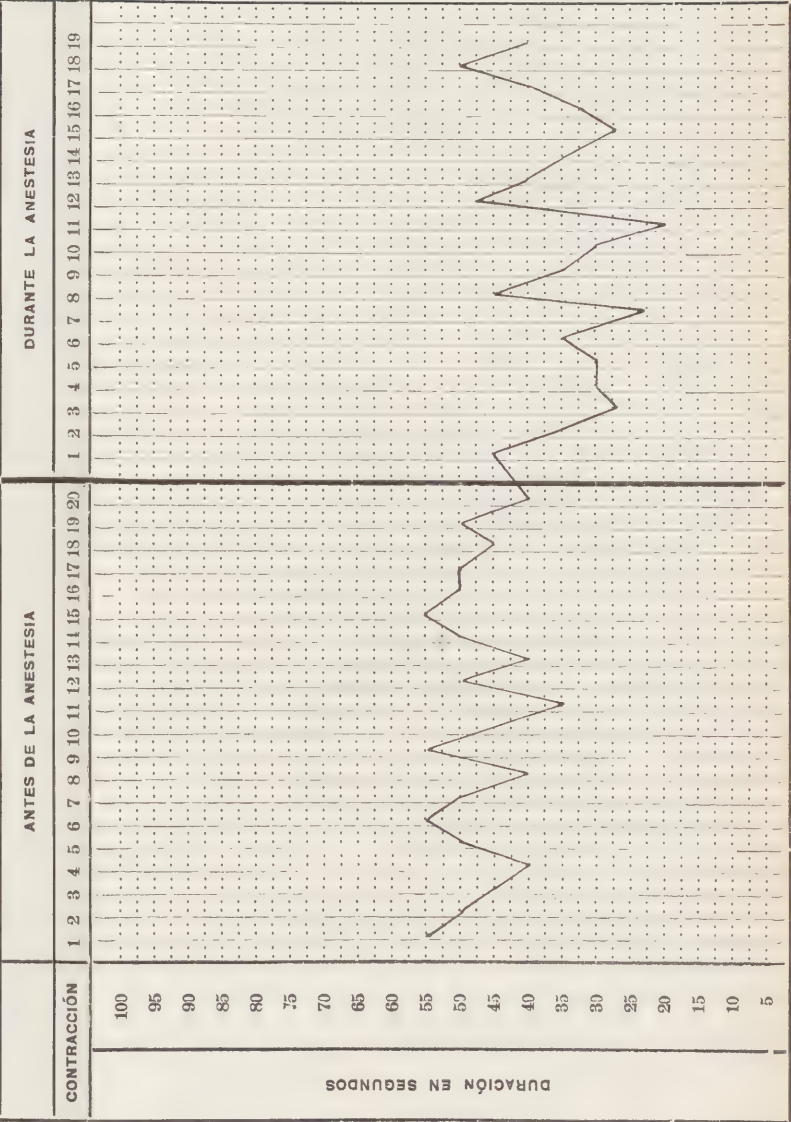
CASO 11 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 2



CASO 11 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 3



CASO 11 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES
GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION XII

(Ver gráficos de caso XII).—*Bol. Clín.* N° 10.067

J. L., 19 años, primípara, argentina.

Período dilatante : 10 gramos cloroformo en 20 minutos.

Parto normal (véase obs. XIII).

No hay sedación subjetiva ni objetiva (hiperalgesia é hipercinesis de 3 grados).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 18' antes de la anestesia = 8.

En 18' durante la anestesia = 9.

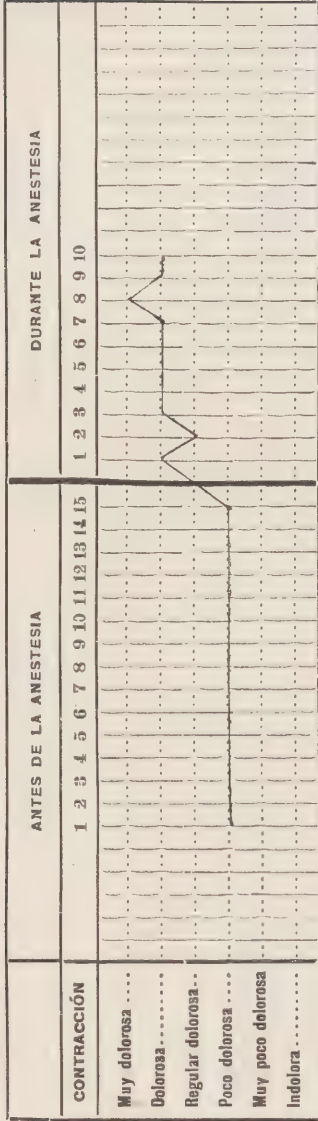
Duración media de cada contracción :

Sobre 18 contracciones antes de la anestesia = 28".

Sobre 18 contracciones durante la anestesia = 55".

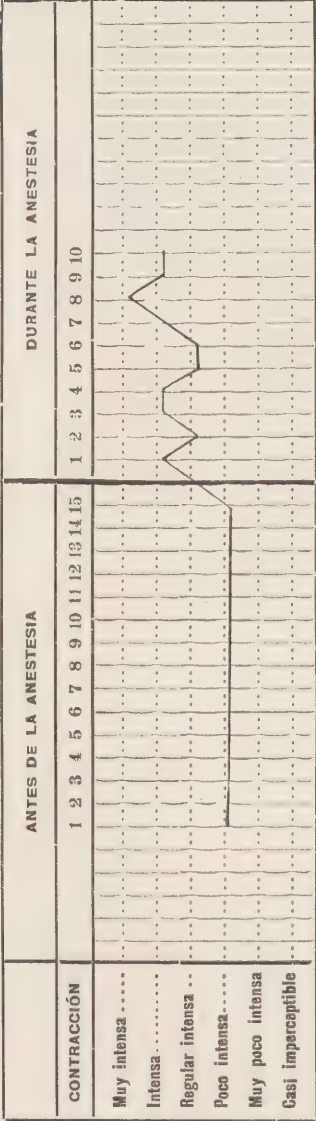
CASO 12 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 1



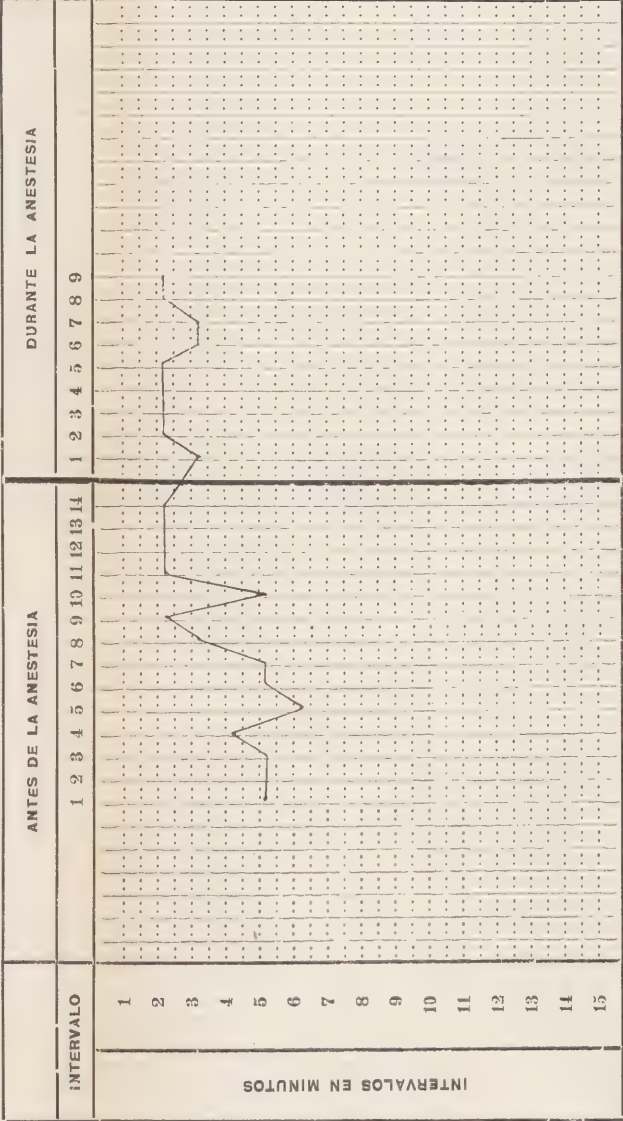
CASO 12 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 2



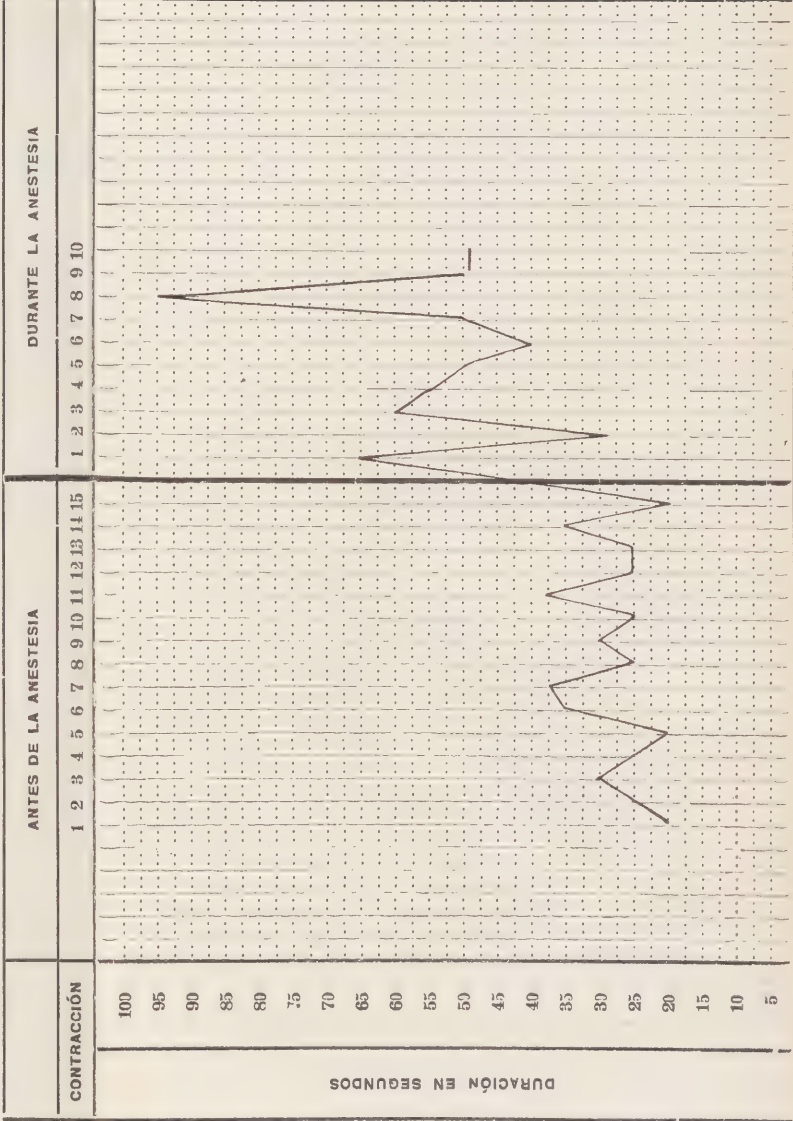
CASO 12 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 3



CASO 12 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION XIII

(Ver gráficos de caso XIII).—Bol. Clín. N° 10.067

La misma parturiente de observación XII.

Período dilatante : 15 gramos cloroformo en 26 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea : 250 grs.; aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (4 grados).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 25' antes de la anestesia = 8.

En 26' durante la anestesia = 10.

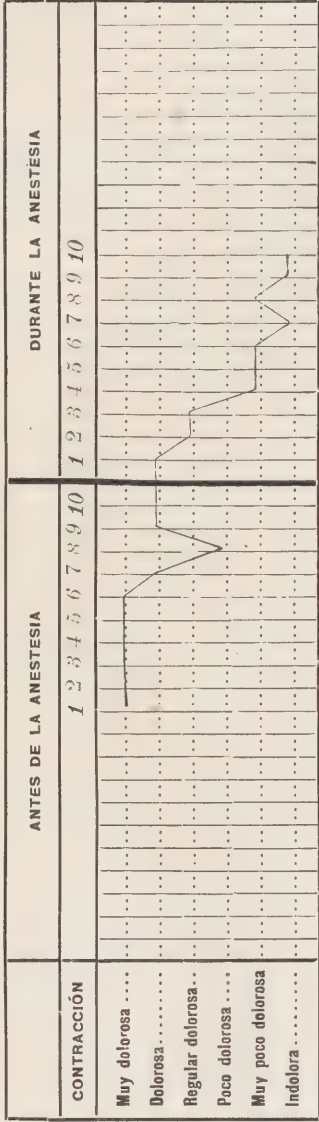
Duración media de cada contracción :

Sobre 10 contracciones antes de la anestesia = 47".

Sobre 10 contracciones durante la anestesia = 47".

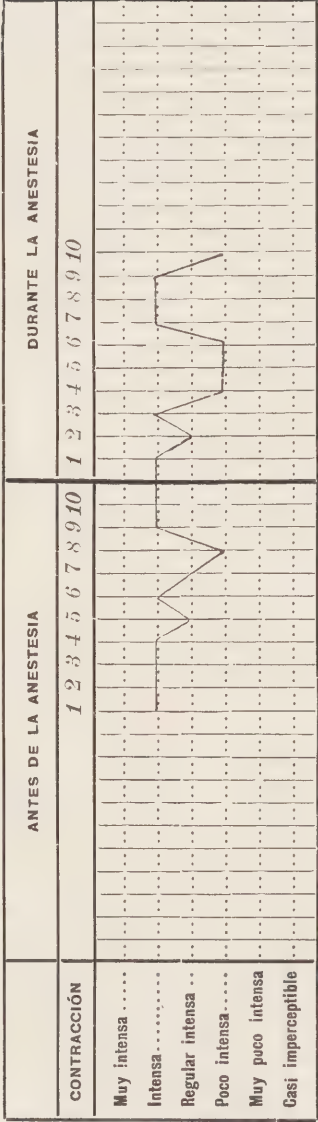
CASO 13 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 1



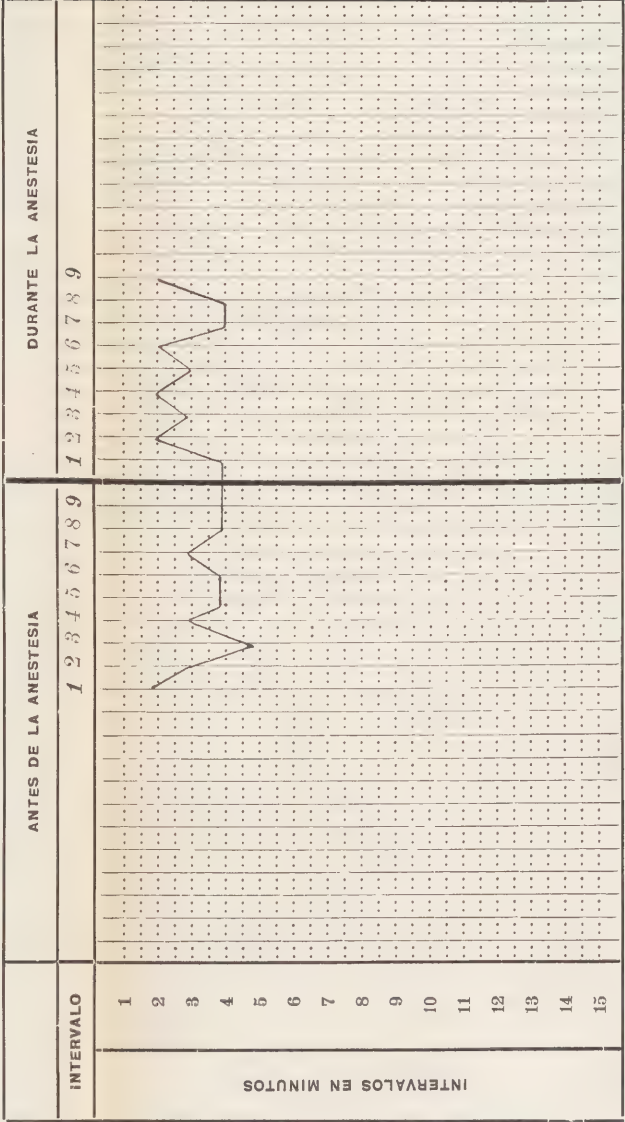
CASO 13 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 2



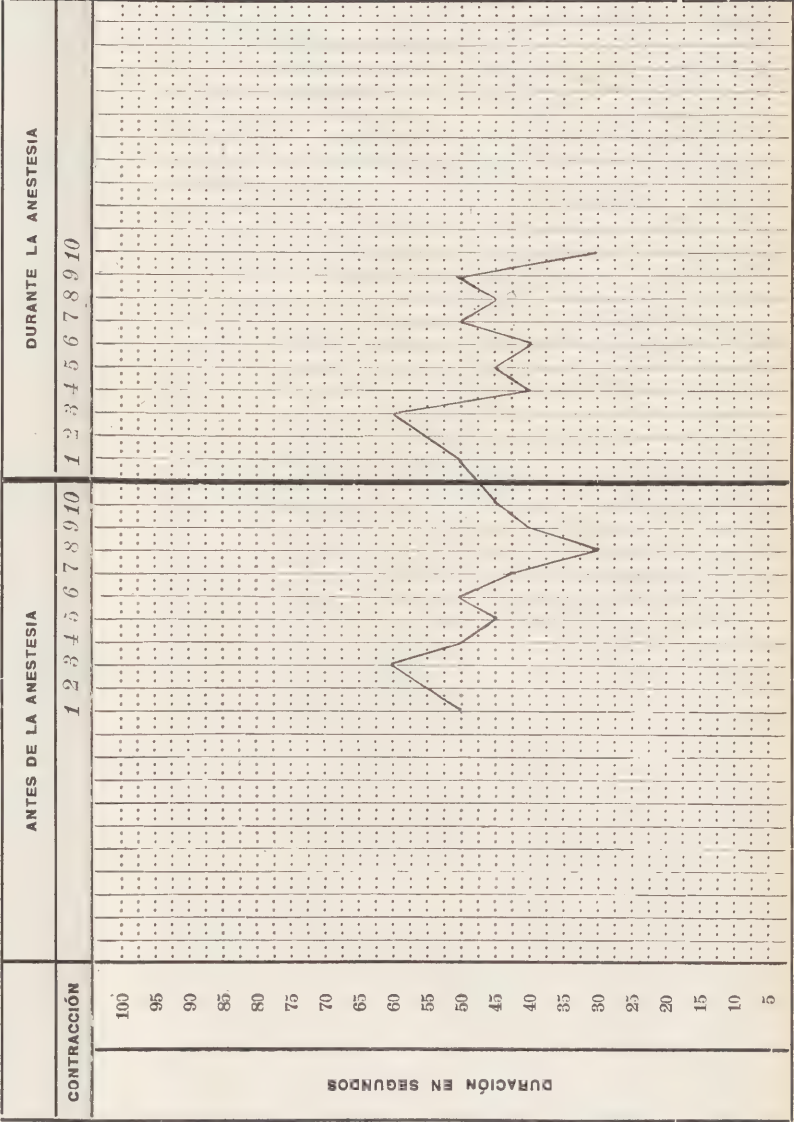
CASO 13 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 3



CASO 13 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde a una contracción.

OBSERVACION XIV

(Ver gráficos de caso XIV).—Bol. Cl'n. N° 10.671

P. Ch., 23 años, primípara, rusa.

Período dilatante : 10 gramos cloroformo en 15 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea : 100 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (4 grados).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 12' antes de la anestesia = 7.

En 13' durante la anestesia = 7.

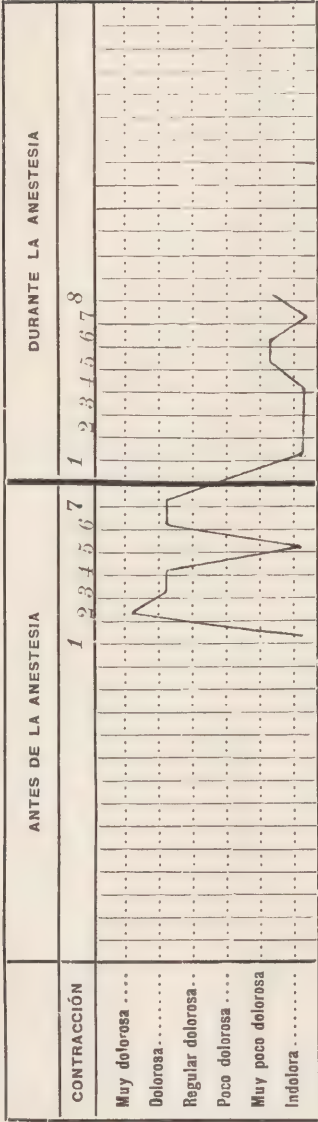
Duración media de cada contracción :

Sobre 7 contracciones antes de la anestesia = 60".

Sobre 7 contracciones durante la anestesia = 62".

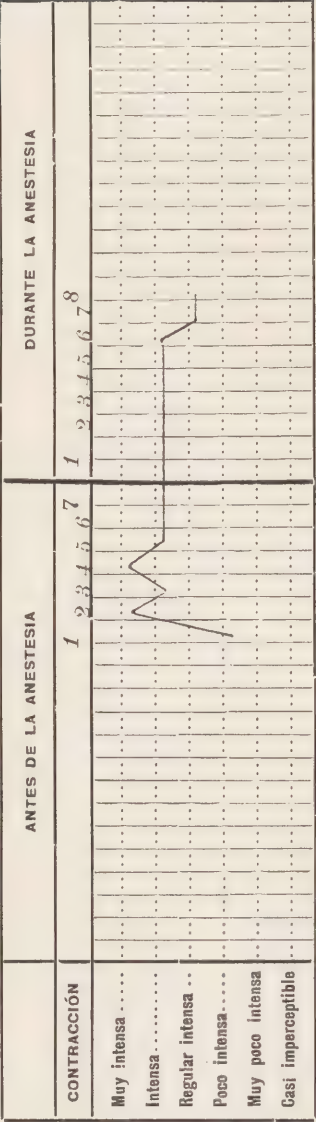
CASO 14 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 1



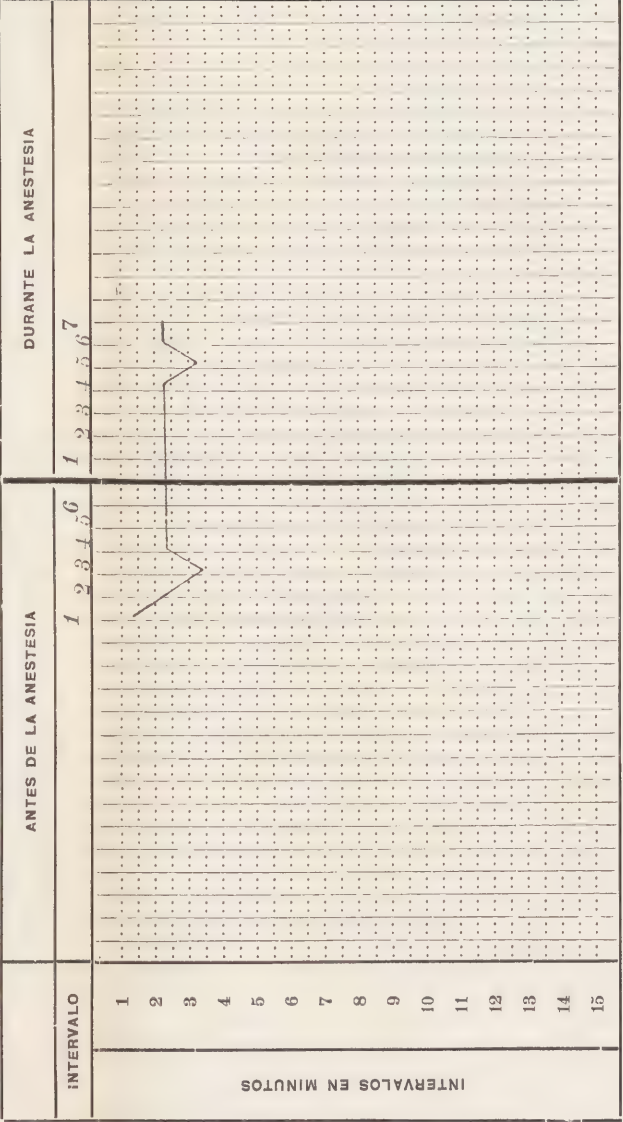
CASO 14 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 2



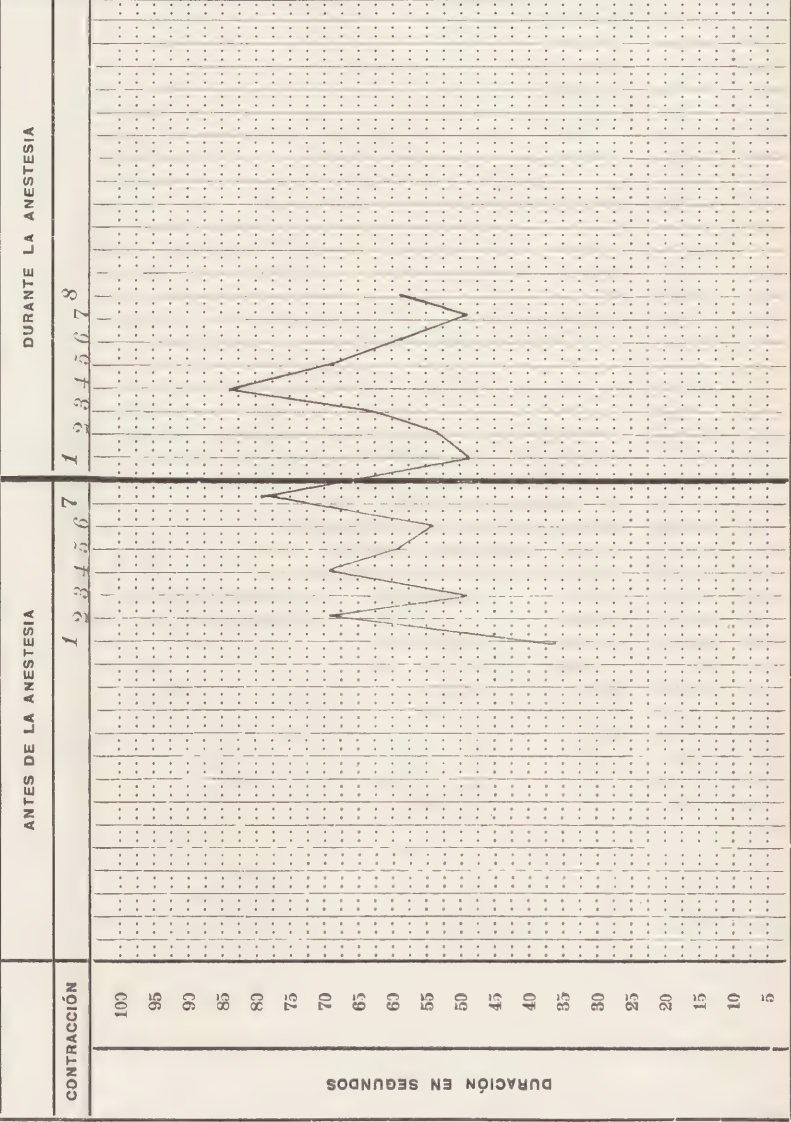
CASO 14 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 3



CASO 14 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION XV

(Ver gráficos de caso XV).—*Bol. Clin.* N° 10.179

R. G., 23 años, II para, argentina.

Período expulsivo : 3 gramos cloroformo en 10 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea : 100 grs. aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (1 grado).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 9' antes de la anestesia = 4.

En 8' durante la anestesia = 4.

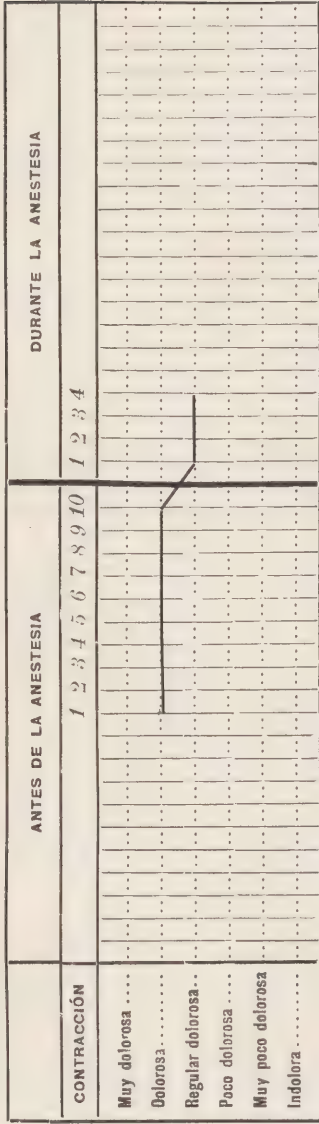
Duración media de cada contracción :

Sobre 10 contracciones antes de la anestesia = 46".

Sobre 4 contracciones durante la anestesia = 46".

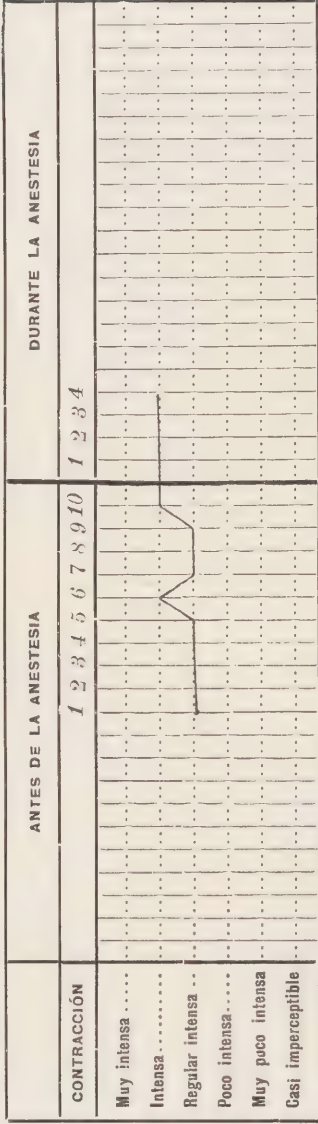
Caso 15 Dolor de las contracciones

Gráfico 1



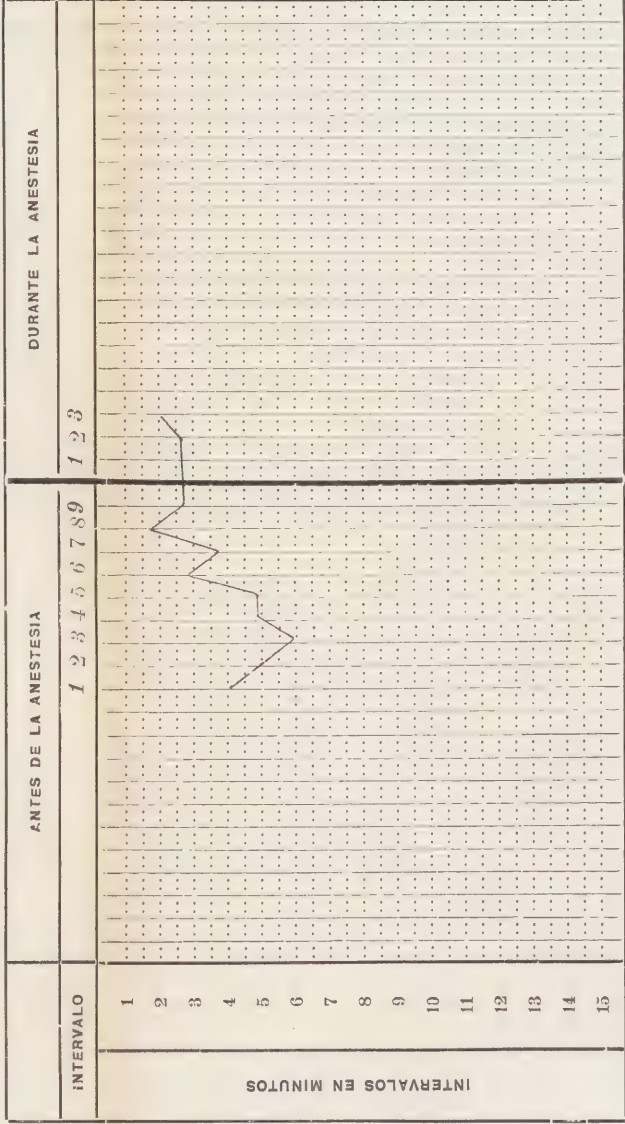
Caso 15 Intensidad de las contracciones

Gráfico 2



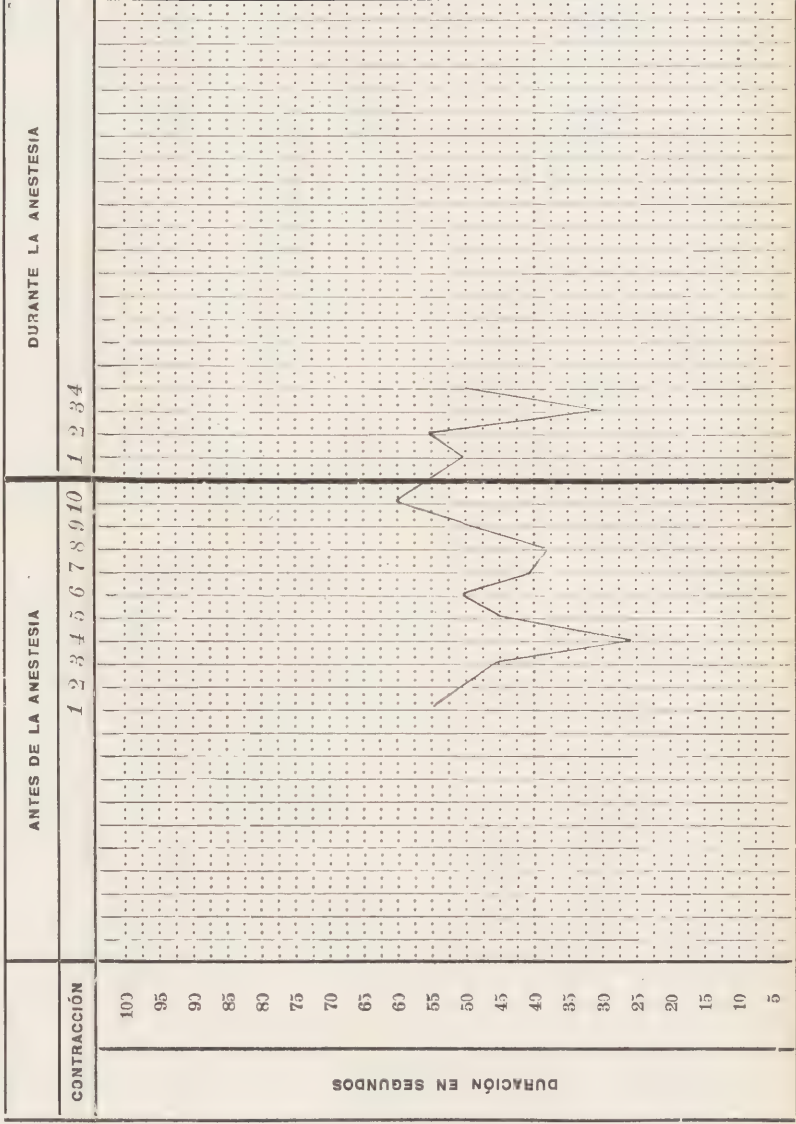
Caso 15 Intervalos de las contracciones

Gráfico 3



Caso 15 Duración de las contracciones

Gráfico 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION XVI

(Ver gráficos de caso XVI).—*Bol. Clín.* N° 10.260

T. M., 24 años, primípara, argentina.

Periodo dilatante: 10 gramos cloroformo en 20 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea: 100 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

No hubo sedación subjetiva (hiperalgesia).

La sedación objetiva (1 grado) duró apenas unos minutos.

Inteligencia perturbada (inconsciencia absoluta).

Gran excitación.

Número de contracciones :

En 21' antes de la anestesia = 9.

En 20' durante la anestesia = 7.

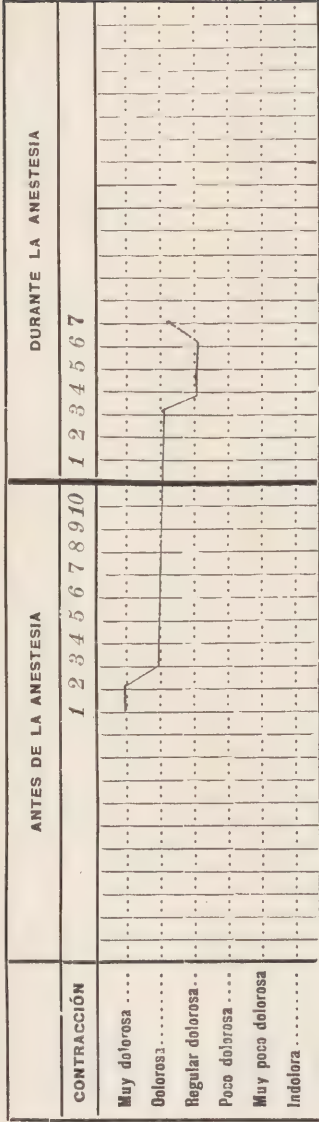
Duración media de cada contracción :

Sobre 10 contracciones antes de la anestesia = 33".

Sobre 7 contracciones durante la anestesia = 36".

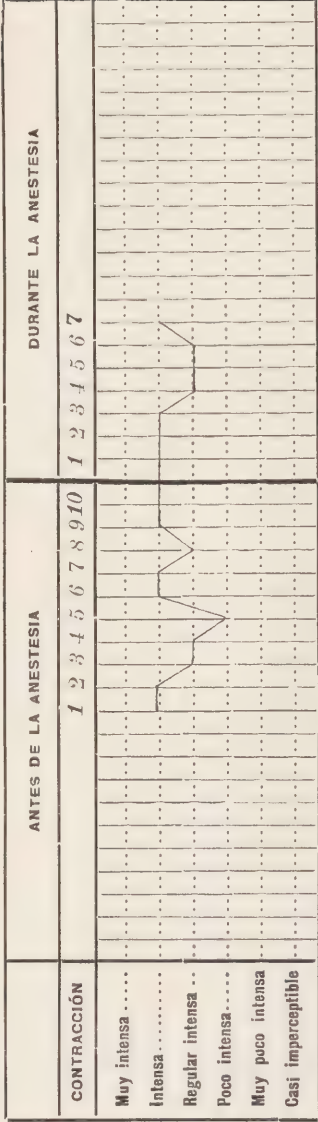
CASO 16 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 1



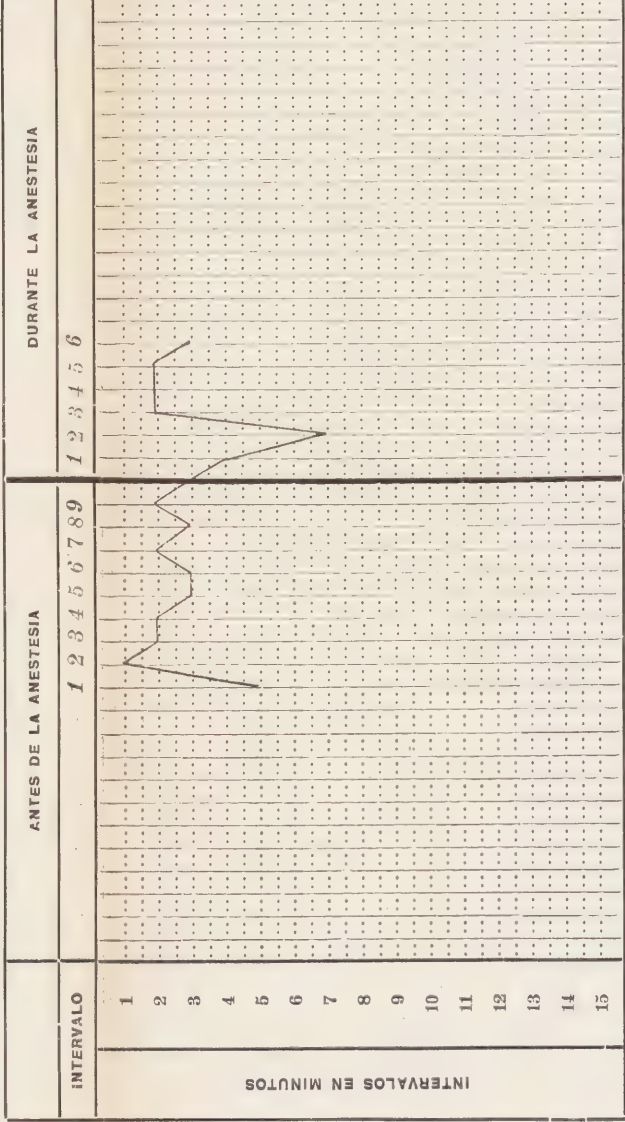
CASO 16 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 2



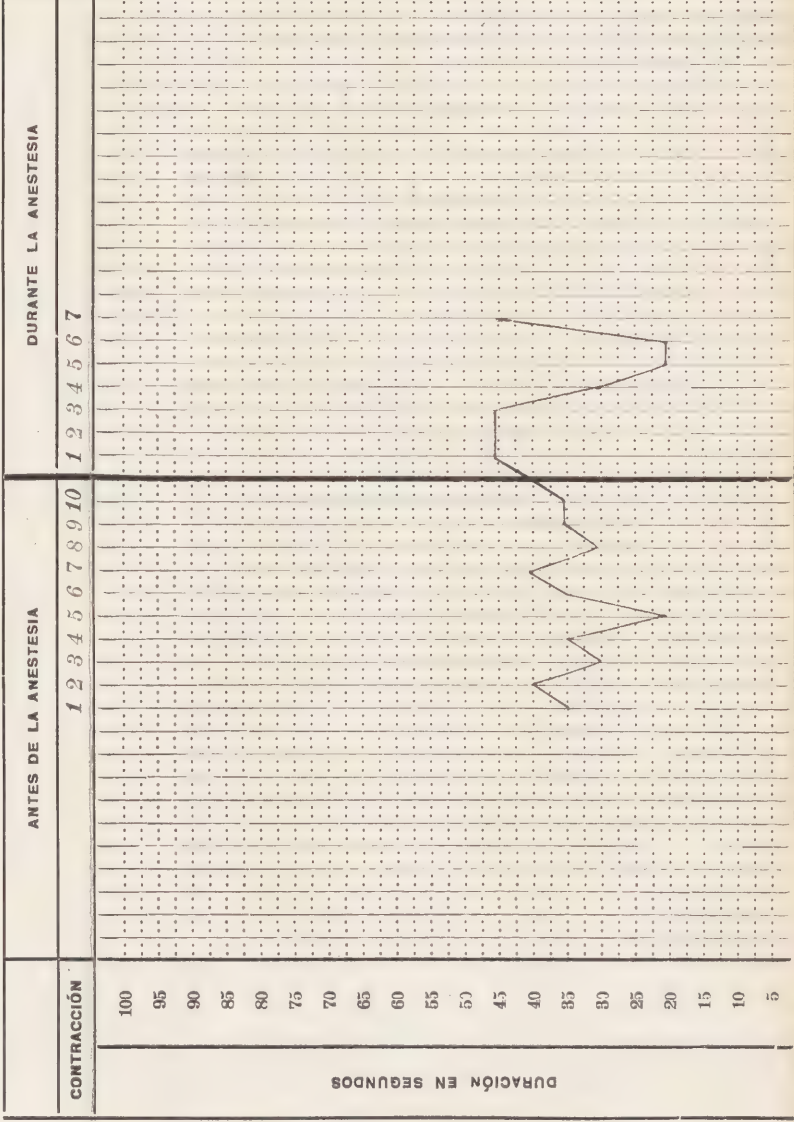
CASO 16 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 3



CASO 16 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION XVII

(Ver gráficos de caso XVII).—*Bol. Clín.* N° 10.262

E. C., 21 años, primípara, argentina.

Período dilatante: 20 gramos cloroformo en 37 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea: 120 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (5 grados).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 37' antes de la anestesia = 9.

En 37' durante la anestesia = 11.

Duración media de cada contracción :

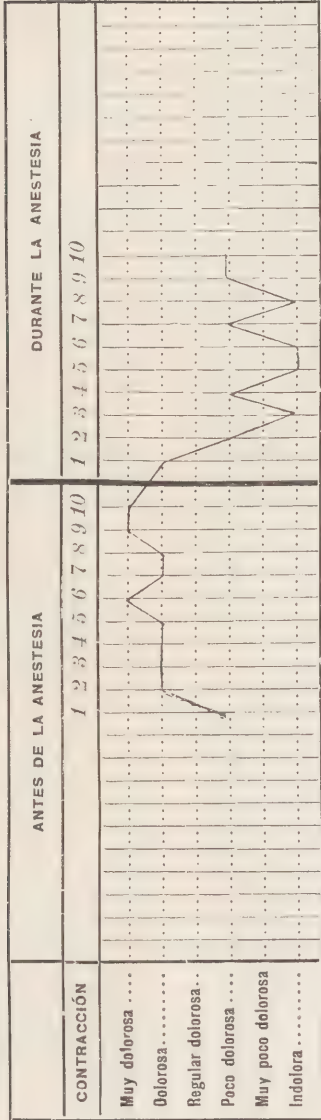
Sobre 10 contracciones antes de la anestesia = 45".

Sobre 11 contracciones durante la anestesia = 45".



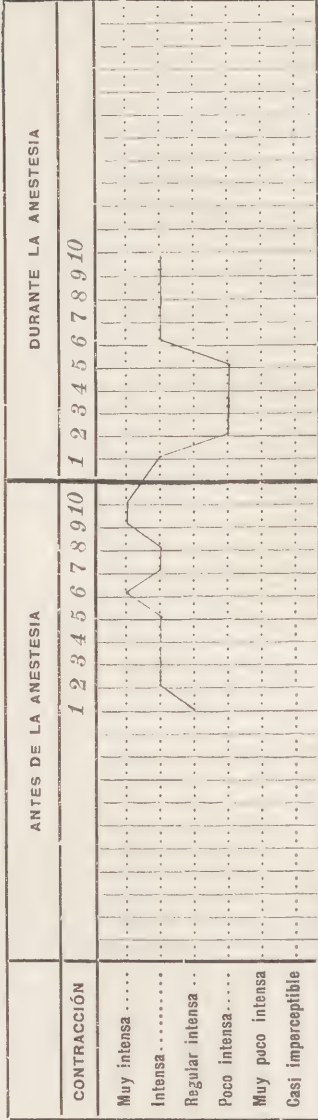
CASO 17 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 1



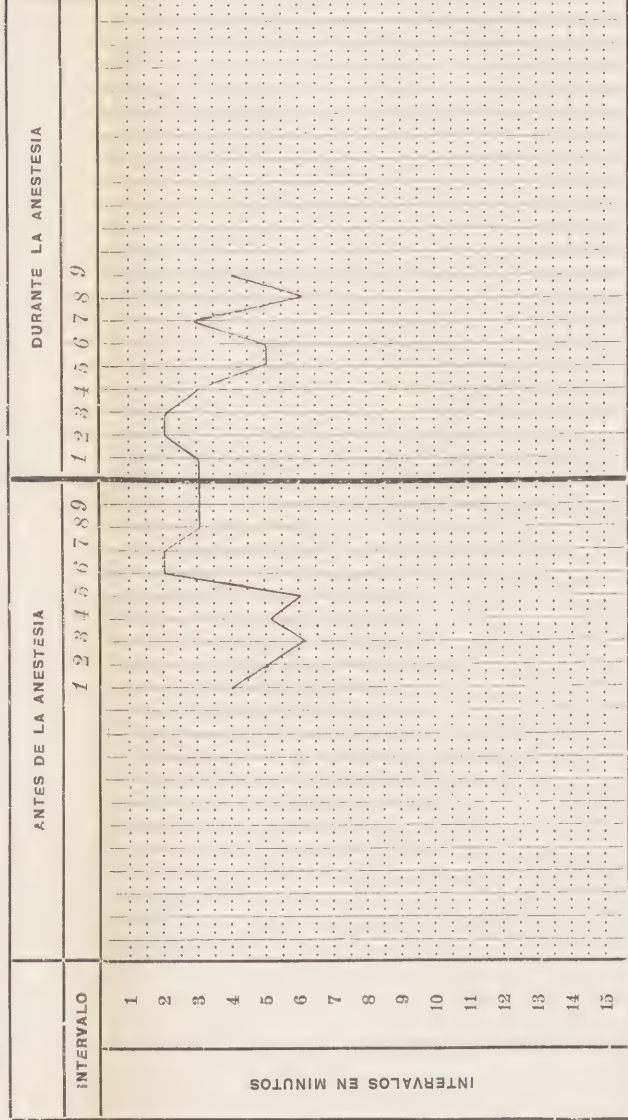
CASO 17 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 2



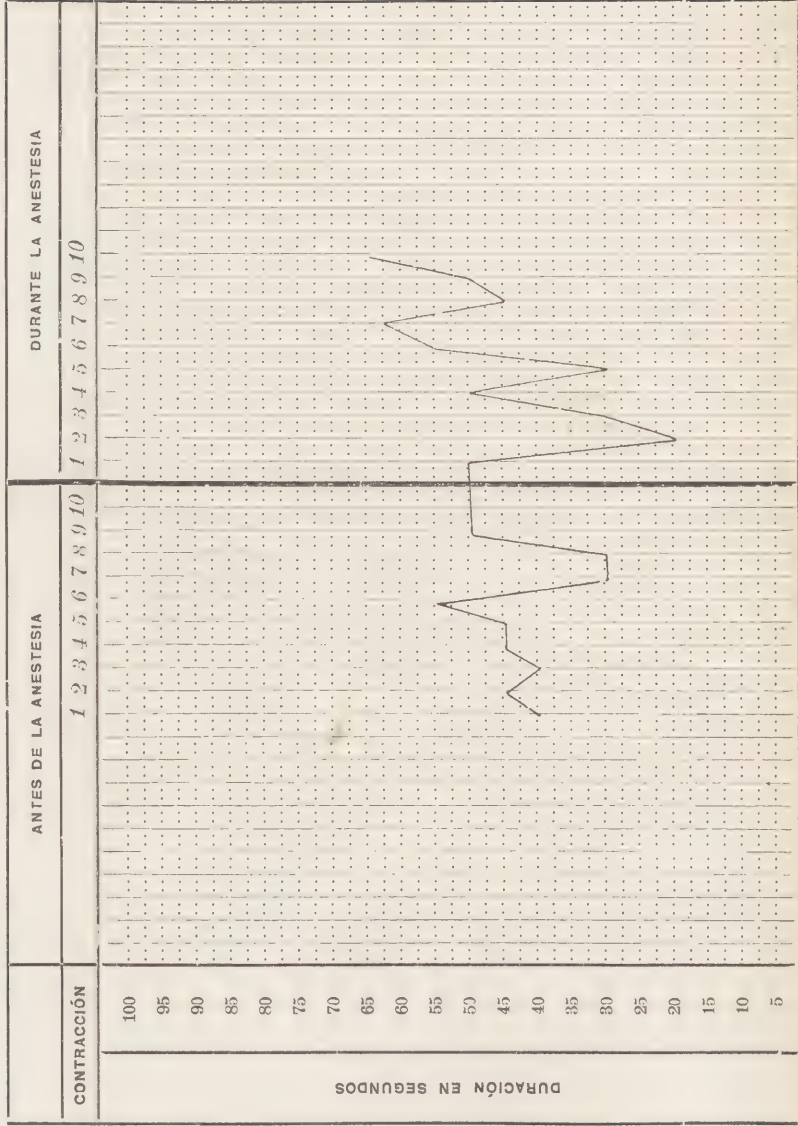
CASO 17 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 3



CASO 17 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION XVIII

(Ver gráficos de caso XVIII).—*Bol. Clín.* N° 10.296

C. A., 36 años, primípara, española.

Periodo dilatante: 15 gramos cloroformo en 41 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea: 200 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (2 grados).

Inteligencia clara. Ligera excitación.

Número de contracciones :

En 41' antes de la anestesia = 11.

En 40' durante la anestesia = 10.

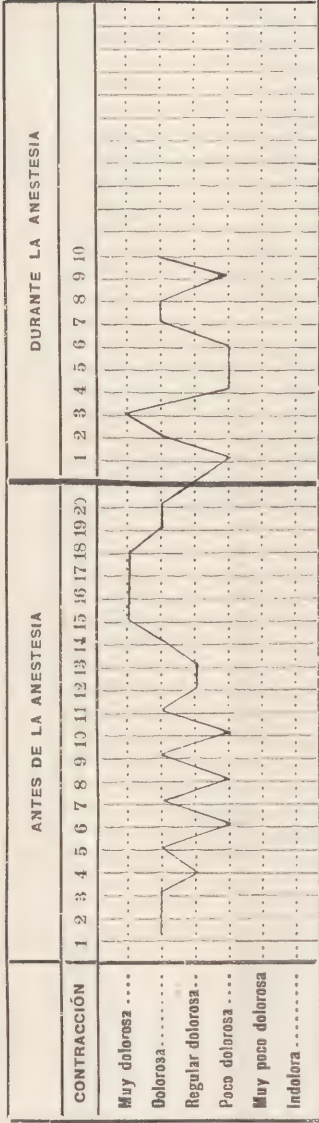
Duración media de cada contracción :

Sobre 20 contracciones antes de la anestesia = 34".

Sobre 10 contracciones durante la anestesia = 30".

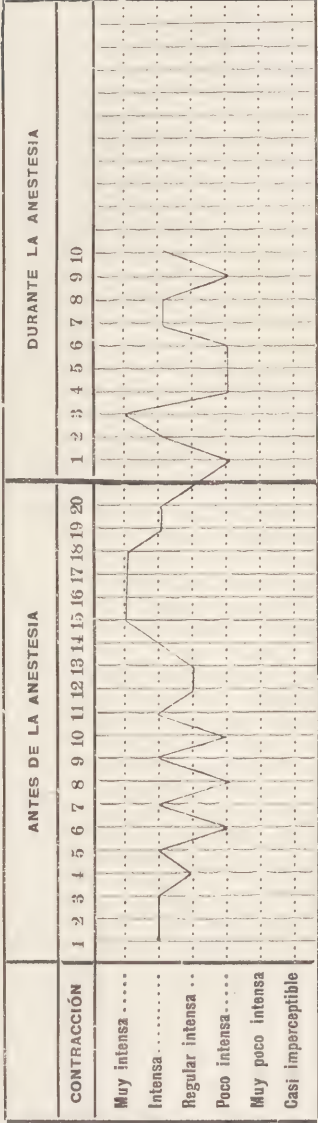
CASO 18 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 1



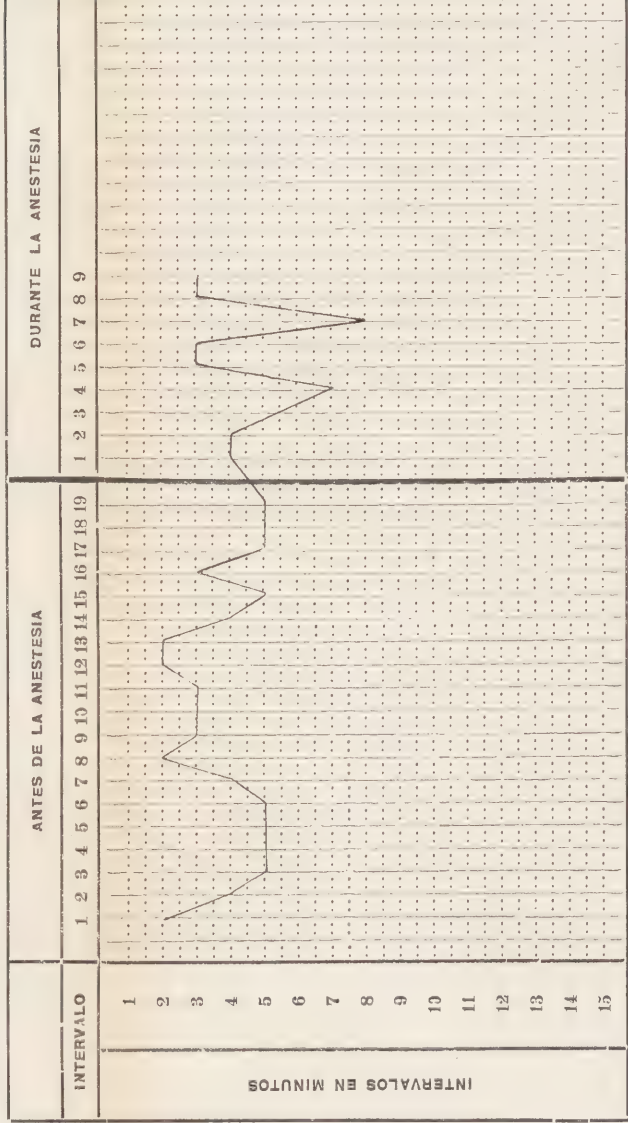
CASO 18 INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 2



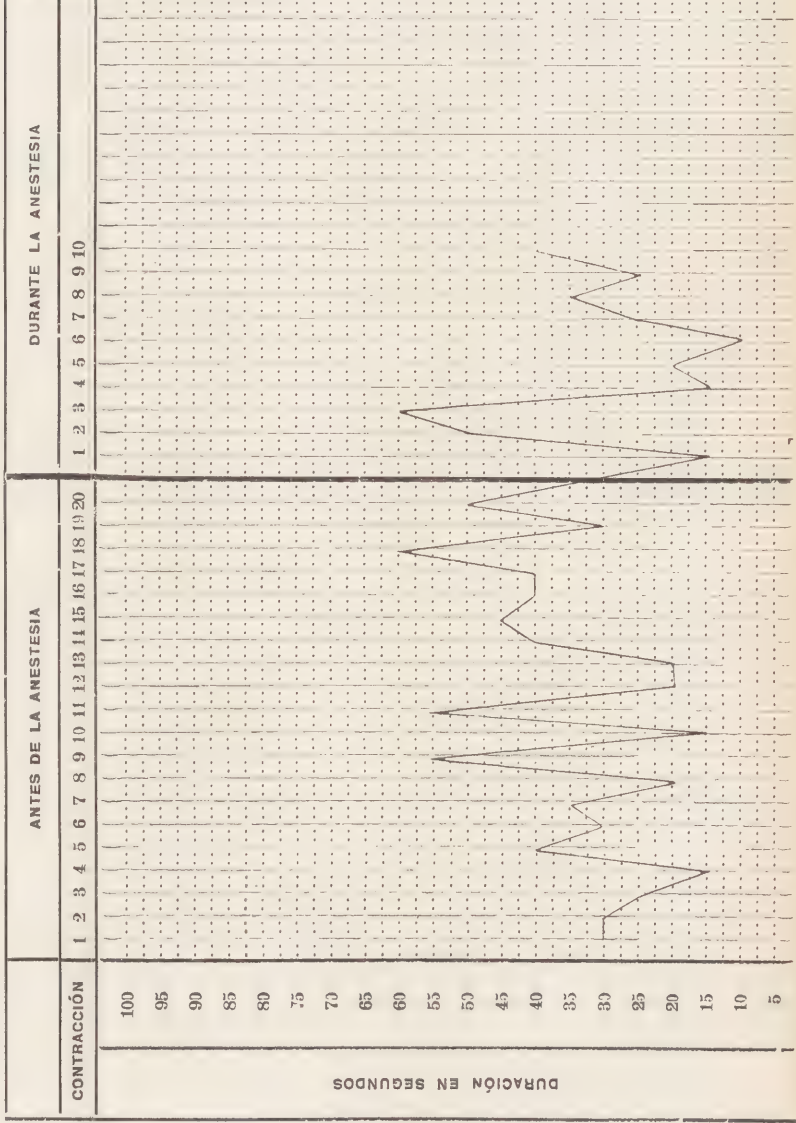
CASO 18 INTERVALOS DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 3



CASO 18 DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES

GRÁFICO 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde a una contracción.

OBSERVACION XIX

(Ver gráficos de caso XIX).—*Bol. Clín.* N° 10.298

E. C., 30 años, III para, argentina.

Período dilatante : 5 gramos cloroformo en 15 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea : 110 grs., aproximadamente.

Niño sin particularidades.

Puerperio normal.

Sedación subjetiva y objetiva (4 grados).

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 13' antes de la anestesia = 6.

En 14' durante la anestesia = 7.

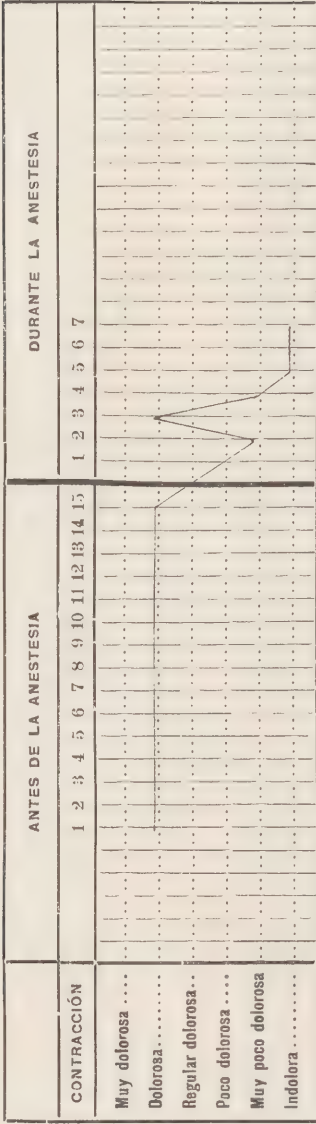
Duración media de cada contracción :

Sobre 15 contracciones antes de la anestesia = 37".

Sobre 7 contracciones durante la anestesia = 29".

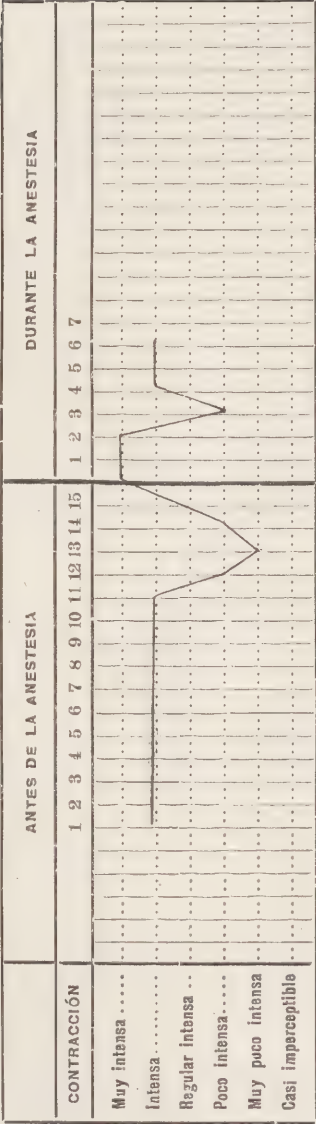
Caso 19 DOLOR DE LAS CONTRACCIONES

Gráfico 1



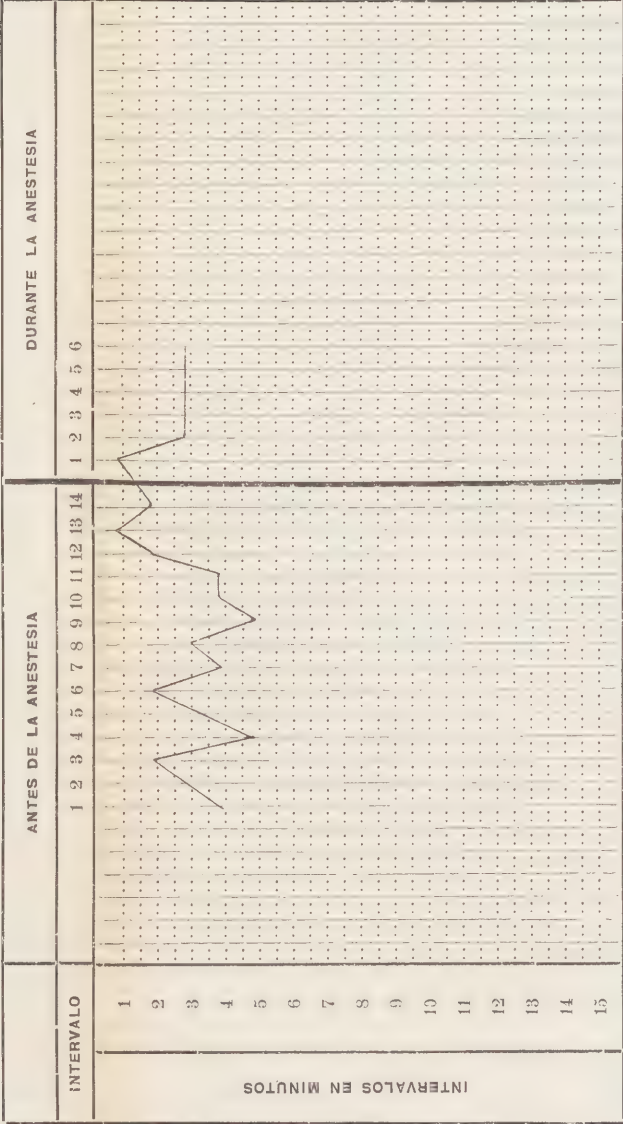
Caso 19 Intensidad de las contracciones

Gráfico 2



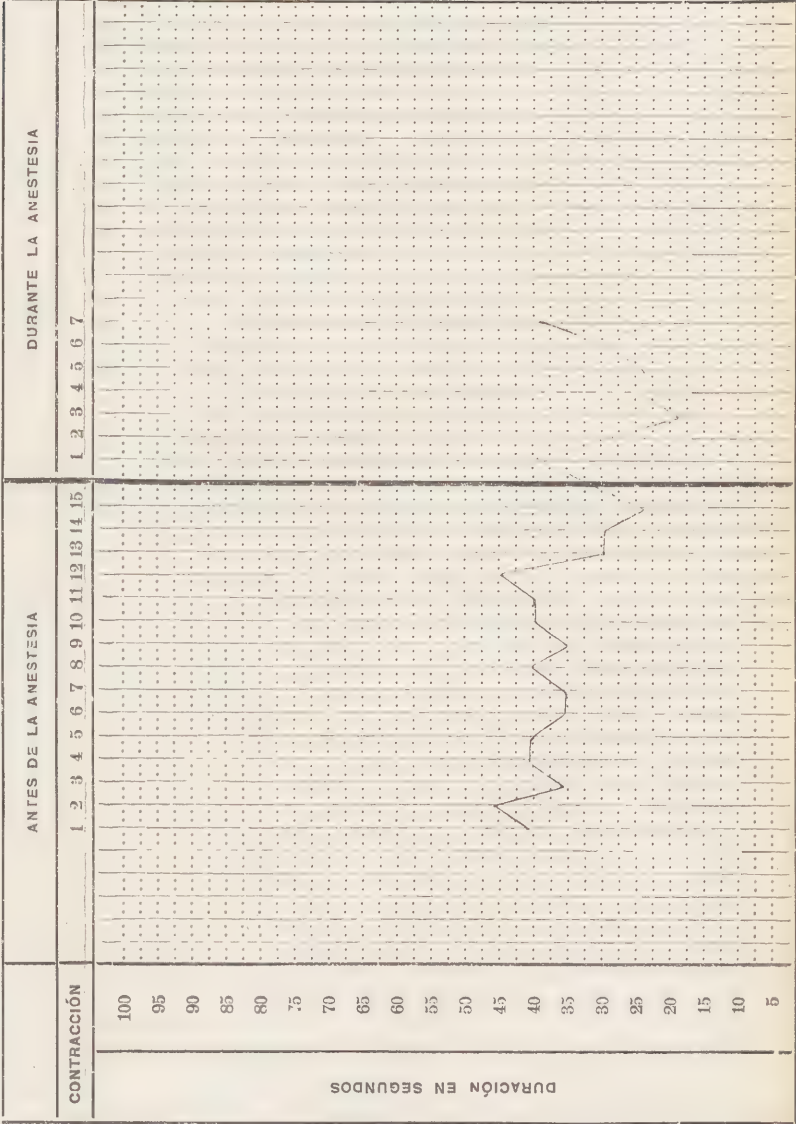
Caso 19 Intervalos de las contracciones

Gráfico 3



Caso 19 Duración de las contracciones

Gráfico 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

OBSERVACION XX

(Ver gráficos de caso XX).— Bol. Clín. N° 10.500

C. G., 30 años, II para, rusa.

Período dilatante : 7 gramos cloroformo en 36 minutos.

Parto normal.

Pérdida sanguínea : 150 grs.; aproximadamente.

Niño nace algo aturdido ; grita al rato (hubo sufrimiento fetal).

Puerperio normal.

Sedación subjetiva se ignora.

Sedación objetiva de 3 grados.

Inteligencia clara.

Número de contracciones :

En 30' antes de la anestesia = 7.

En 30' durante la anestesia = 11.

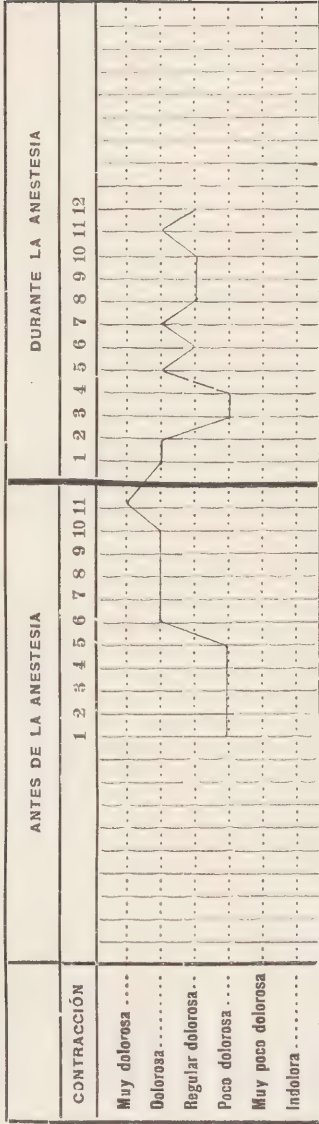
Duración media de cada contracción :

Sobre 11 contracciones antes de la anestesia = 41".

Sobre 12 contracciones durante la anestesia = 43".

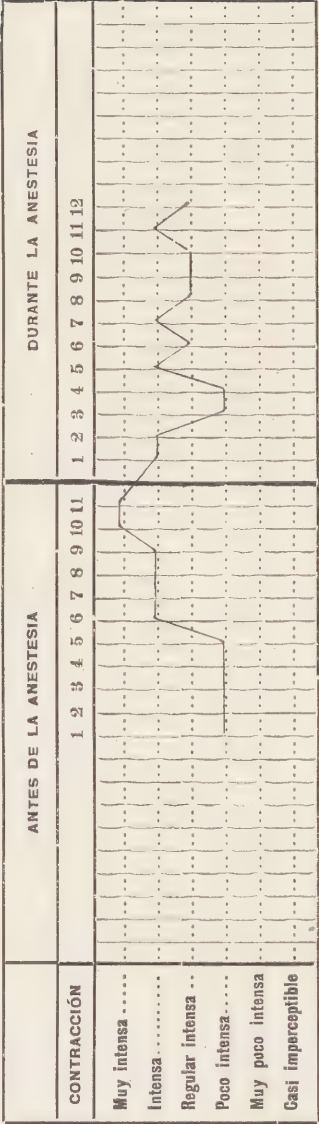
Caso 20 Dolor de las Contracciones

Gráfico 1



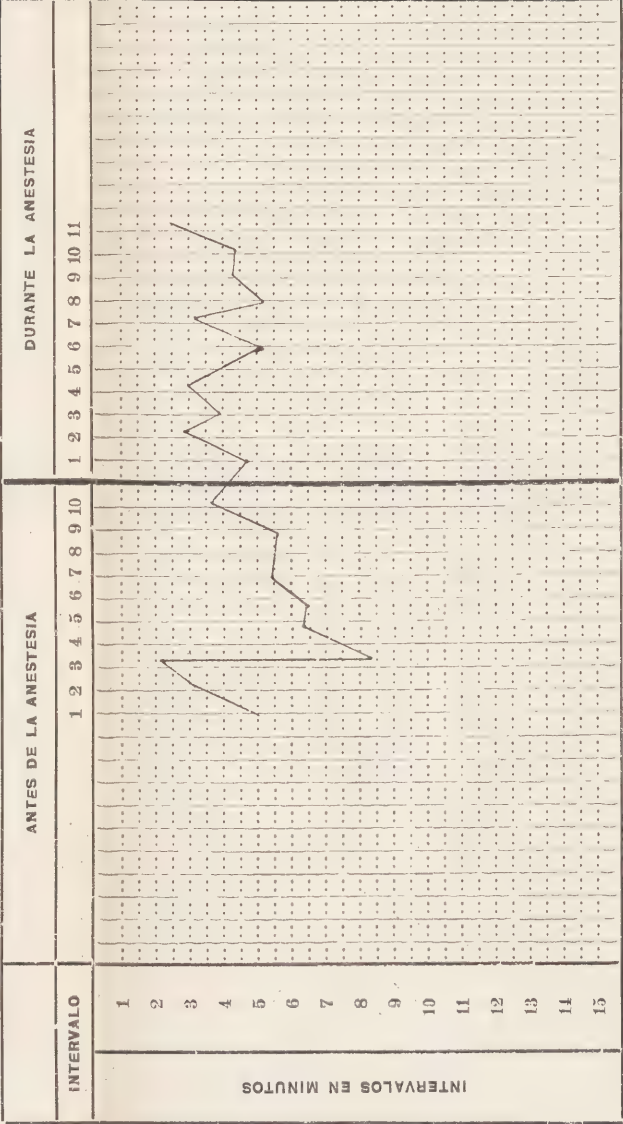
Caso 20 Intensidad de las Contracciones

Gráfico 2



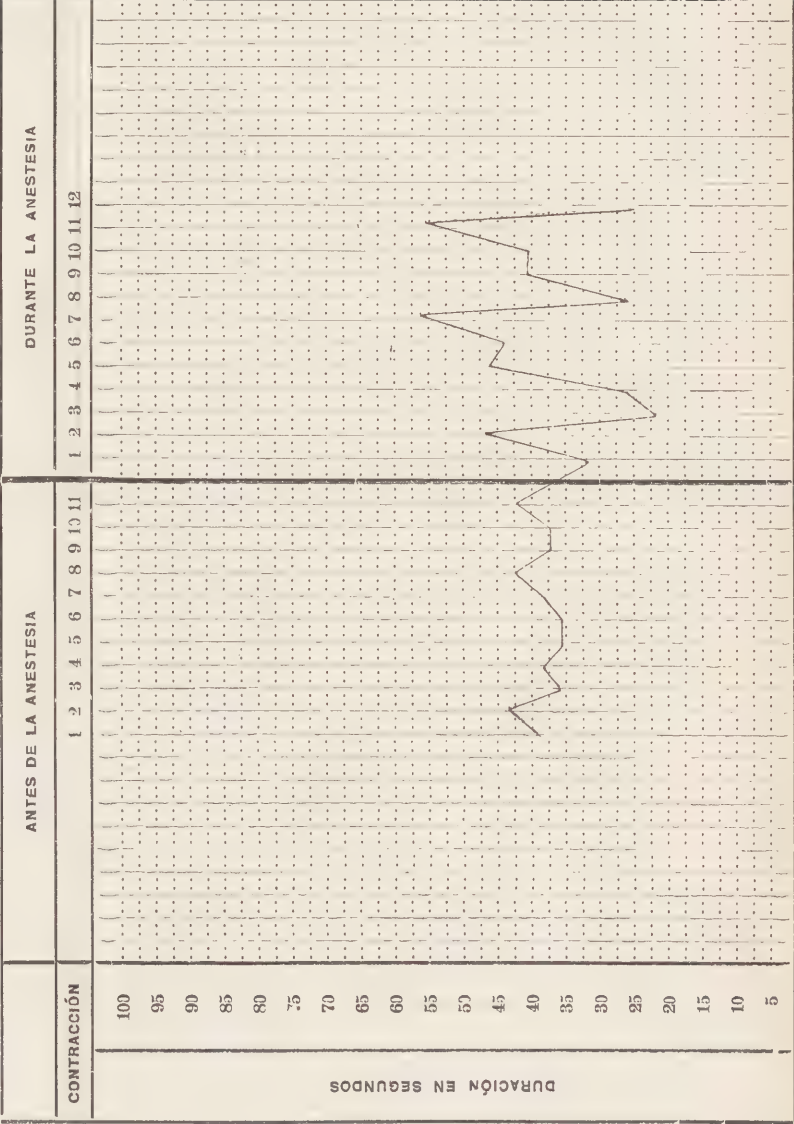
Caso 20 Intervalos de las Contracciones

Gráfico 3



Caso 20 Duración de las Contracciones

Gráfico 4



Nota.—Cada línea vertical corresponde á una contracción.

CONCLUSIONES

Por el presente estudio arribo á las siguientes conclusiones :

1º La anestesia clorofórmica « á la reina » practicada *dentro de determinadas condiciones*, constituye un método sedativo científico, práctico, eficaz é inócuo. Reposa en una base narcológica positiva. Está al alcance de todos los tocólogos. Falla raramente. No daña nunca si no se abusa de él.

2º Mediante dicho método, que nada tiene que ver con los procedimientos sugestivos, es posible, en la mayoría de los casos, suprimir ó atenuar el dolor de parto en cualquiera de los dos primeros períodos del trabajo, sin modificar marcadamente su marcha y sin perturbar en forma ostensible, la inteligencia.

la voluntad y la motilidad de la parturiente, quien *no olvida* al despertar que ha experimentado dolores, sinó que *recuerda* haberlos sentido atenuados en mayor ó menor grado.

Con buena técnica es posible obtener casi siempre una hipoalgesia *continua regular* (Lineal) ó con *ligeras oscilaciones* (Ondulada), pero nunca *interrumpida* (Quebrada).

3º Es frecuente, aunque no habitual, que con el cloroformo á la reina, la intensidad de las contracciones permanezca *inalterable*, no obstante la sedación procurada.

En más del 50 % de las cloroformizadas, *el índice de atenuación dolorífica* es más ó menos *igual al índice de atenuación dinámica*.

Escasos son los trabajos de parto cuyos intervalos de contracción se irregularicen bajo la acción del cloroformo á la reina ; la mayoría de aquellos permanecen invariables ó tienden á regularizarse.

En la mitad aproximada de todos los partos sometidos á la cloroformización obstétrica, constátase una *mayor frecuencia* de las contracciones. La prolongación de las pausas es poco común en el período dilatante y rara en el período expulsivo.

Tanto en el período dilatante como en el expulsivo existen, bajo la acción del cloroformo, más probabilidades de que la duración de la contracción se *irre-*

gularice, á que ocurra lo contrario, dando además, dicha duración, oscilaciones más amplias *durante* la anestesia, que *fuera* de ella. Por lo común, la duración de las contracciones es mayor *al comienzo* y menor *al final* de la anestesia, tomando como término de comparación el período preclorofórmico. En la mayoría de las cloroformizaciones á la reina, la duración media de las contracciones *aumenta ó permanece invariable*

En términos generales puede llegarse á la conclusión de que *el dolor tiene mucha correlación con la intensidad, poca con la frecuencia y ninguna con la duración de las contracciones.*

4º La marcha del trabajo de parto, en cuanto á la dilatación uterina y á la progresión fetal, *no es perturbada* bajo la acción del cloroformo, siempre que éste sea de corta duración y bien administrado.

5º Una buena cloroformización á la reina, practicada dentro de sus precisos límites, con correcta técnica y sin prolongaciones excesivas, *no es capaz* de producir trastornos en el período de alumbramiento, en el post-partum inmediato, y en el puerperio, porque, si bien el peligro de la atonía no está excluído, éste es muy remoto y sólo en un ínfimo porcentaje es posible constatar una mayor pérdida sanguínea que la fisiológica, un desprendimiento pla-

centario anormal, un debilitamiento de la retractibilidad uterina y un retardo de la involución puerperal.

6º El cloroformo á la reina realizado con las precauciones debidas, *no perturba* el organismo del niño en su vida intra y extrauterina.

7º Dado que en la semi-anestesia obstétrica, la mujer no experimenta mayores trastornos orgánicos, dinámicos y mecánicos que en los partos sin cloroformo; y que bajo dicha anestesia tampoco es posible comprobar un sufrimiento fetal, *no hay entonces*, por qué *suponer* en los primeros una frecuencia operatoria mayor que en los segundos.

8º Si bien es cierto que la cloroformización á la reina resulta inócua en la generalidad de los casos (merced á la extraordinaria tolerancia de la parturiente), *no es* éste, sin embargo, un método exento de peligros é inconvenientes, porque puede ocasionar síncope mortales ó engendrar disturbios circulatorios, respiratorios, nerviosos y psíquicos.

9º La anestesia clorofórmica aplicada al parto estrictamente *fisiológico* no tiene razón de ser. Para que un parto adquiriera un carácter *anormal* no es necesario que en él ocurran trastornos orgánicos, dinámicos ó mecánicos. Basta una *hiperalgesia* ais-

lada, pues no siempre ésta es correlativa á la hipercinesis.

Según tal criterio, las indicaciones fundamentales del cloroformo á la reina, son *cuatro* :

- 1º Hipersensibilidad generalizada ;
- 2º Dolor excesivo de la contracción ;
- 3º Indocilidad y sobreexcitación nerviosa ;
- 4º Agotamiento psíquico.

A las contraindicaciones, que tácitamente surgen del párrafo anterior, conviene agregar las aplicadas á los partos que se ha dado en denominar « naturales ».

10º Bajo el punto de vista médico-forense es imposible, ó sumamente difícil, sentar la culpabilidad del médico ante un caso desgraciado de cloroformización. El uso y abuso del cloroformo á la reina quedan por el momento enteramente librados á la buena ó mala fe del profesional.

11º Las mejores fases del trabajo de parto para la anestesia clorofórmica son : *el final del período expulsivo y el final del período dilatante*.

En el período expulsivo, la sedación se obtiene con mayor facilidad y los trastornos dinámicos ocurren con más dificultad que en el período dilatante ; pero,

como los dolores más intensos del trabajo íntegro corresponden al final de éste, y como, además, para el desprendimiento cefálico existen sedativos *más eficaces* que el cloroformo, dedúcese de lo dicho, que de los dos momentos predilectos, el mejor para la anestesia á la reina es el *final del período dilatante*.

12º En la actualidad, la proveniencia industrial del cloroformo es indiferente para el éxito de la cloroformización, siempre que existan las garantías de una marca conocida.

La administración *instrumental* del cloroformo á la reina, lejos de aportar ventajas, trae inconvenientes.

El verdadero estado peculiar de la semi-anestesia clorofórmica, caracterizado por la falta de oscilaciones bruscas de la hipoalgesia y el pleno dominio de la conciencia, sólo puede ser obtenido mediante una *instilación irregular del cloroformo, dentro y fuera del dolor* y no puramente sincrónica á éste.

No conviene prolongar la semi-anestesia á la reina más de una hora seguida y tampoco es ventajoso *repetirla* varias veces en la misma mujer.

Una dosis aproximada de 0,40 cent. (9 á 10 gotas) por minuto, basta para mantener al principio la semi-narcosis buscada; las cantidades subsiguientes son menores.

La cloroformización á la reina debe ser, dentro de lo posible, exclusivamente practicada por el partero y nunca por otro médico no especialista, por la partera ó por la misma parturiente.

BIBLIOGRAFIA

ABREVIACIONES

- B. M. J.**.—British Medic. Journal.
D. M. W..—Deutsche Medizinische Wochenschrift.
M. M. W..—Münchner Medizinische Wochenschrift.
W. Kl. W..—Wiener Klinische Wochenschrift.
Z. f. G..—Zentralblatt. für Gynäkologie.
R. d. I. S. M. A..—Revista de la Sociedad Médica Argentina.
R. d. C. M. A. y C. E. M..—Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina.
B. G. J..—Britisch Gyn. Journal.
M. f. G..—Monatsschrift für Geburtshülfe.
M. f. G. u G..—Monatsschr. für Geb. und. Gyn.
S. Kl. V..—Sammlung Klinischer Vorträge.
A. f. G..—Archiv. für Gynäkologie.
L. S. M..—La Semana Médica.

B. Kl. W..—Berliner Klinische Wochenschrift.

R. O. et G..—Revue d'obstetrique et gynecologie.

K. f. Schw. Aerzte..—Korrespondenzblatt für schweizer Aerzte.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—**Depaul** — Accouchement. Dict. encyc. des sciences médicales.—París 1866.
- 2.—**Campbell** — Considerations nouvelles sur l'anesthésie obstetricale.—París 1877.
- 3.—**Pinard** — De l'action comparée du chloroforme, du choral, etc., chez la femme en travail.—These.—París 1878.
- 4.—**Bard** — La anestesia. Su práctica.—Buenos Aires.—Buffarini, 1911.
- 5.—**Fochier** — L'anesthésie pendant l'accouchement.—Lyon Medical, T. 18, 1875.
- 6.—**Fochier** — Progrès de l'anesthésie obstetricale.—Lyon médicale, 14. IV. 1878.
- 7.—**Pichaud** — Rapport sur l'anesthésie obstetricale.—Congr. int. d. scienc. med.—Geneve 1877.
- 8.—**Drouet** — L'analgesie chloroformique dans les accouchements naturels.—These 1887.

- 9.—**Budin** — Leçons de Clinique Obstetricale. Le Chloroforme en Obstetrique.—París 1889.
- 10.—**Budin** — Le chloroforme en Obstetrique.—Bull. Med., 9 Sept. 1888.
- 11.—**Ribemont y Lepage** — Tratado de obstetricia. Traduc. española.—Madrid 1904.
- 12.—**Bar, Brindeaux, Chambrelent** — La Pratique de l'art des accouchements.—París 1909.
- 13.—**Westermarck** — Experiment. Untersuchungen über d. Einflüsse d. Chloroformnarkose a. d. Wehentätigkeit, etc.—Scand Arch. f. Phys. 1893. Ref. Z. f. G. P. 1141, 1900.
- 14.—**Gheorghiu** — Das chloroform in der Geburtshilfe.—Spitalul N° 18, 1909. Ref. Z. f. G. N° 26, 1910 y M. M. W. N° 15, 1910.
- 15.—**Eisenberg** — Schmerzlinderung bei normalen Entbindungen. W. Kl. W. N° 6, 1910.
- 16.—**Geppert** — Eine neue Narkosen-methode. D. M. W. N° 27-28, 1899.
- 17.—**Gardener** — The use of Anaesthesia in obstetric practice.—B. G. J., Nov. 1896.
- 18.—**Allwright** — The history and use of anaesthetics in midwifery.—Lancet 1889.
- 19.—**Payot** — Anesthésie obstetricale. Travaux d'obstetrique et de Gynecologie. Steinheil.—París 1884.
- 20.—**Payot** — Le chloroforme dans les accouchements naturels considéré au point de vue

- scientifique et pratique. Trav. d'obst., etc.
—París 1889.
- 21.—**Payot** — Anesthésie homeopatique ou demi-anesthésie dans les accouchements naturels. Trav. d'obst., etc.—París 1889.
- 22.—**Blot H.** — De l'anesthésie appliquée a l'art des accouchements. — These d'agregation.— París 1857.
- 23.—**Scanzoni** — Ueber die Anwendung der Anaesthetika in der Geburtshilfliche Praxis, 1855.
- 24.—**Pinard** — Anesthésie obstetricale.—Pratique Medico-Chirurgicale, T. I, Pág. 234.
- 25.—**Siebold** — Eine Stimme über die Anwendung des Chloroforms in der Geburtshülfe aus England.—Neue Zeitschr. für Geburtsk Bd. XXVIII, 1850.
- 26.—**Montgomery** — Objections to the indiscriminate administration of anaesthetic agents in midwifery—Dubl. Journ. of med. sc., T. XII, 1849.
- 27.—**Beatty** — On the employment of chloroform in midwifery.—Lond. Journ. of. med. T. IV, 1852.
- 28.—**Sachs** — Beiträge zur Anwendung des Aether und insbesondere der Chloroformdämpfe in der Geburlshilfe.—Verhand. der Ges. f. Geburtsk. B. III, 1848.

- 29.—**Spiegelberg** — Ueber Anästhesie. Lehrbuch der Geb. 1877.
- 30.—**Spiegelberg** — Ueber Anwendung des Chloroforms in der Geburtshilfe.—Deutsche Klinik N^o 12-15, 1856.
- 31.—**Spiegelberg** — Ueber die Chloroform-Anaesthesie während der Geburt.—M. f. G. B. XI, 1858.
- 32.—**Simpson** — Anaesthetic and other therapeutical effects of the inhalation of chloroform.—Edinburg Monthly Journal, 1847.
- 33.—**Simpson** — On the superinduction of anaesthesia in natural and morbid parturition.—Ed. Month. Journ., 1848.
- 34.—**Simpson** — Anaesthesia, or the employment of chloroform and ether in surgery, midwifery.—Philadelphia 1849.
- 35.—**Simpson** — Cases of the employment of chloroform in midwifery.—Lancet 1857.
- 36.—**Simpson** — Report on the early history and progress of anaesthetic midwifery. — The Monthly Journ. of. med. Science, 1848.
- 37.—**Penard et Abelin** — Guide Pratique de l'accoucheur et de la Sagefemme.—Paris 1906.
- 38.—**v. Winckel** — Von der Einwirkung des Chloroforms auf die Wehentätigkeit. M. f. G. Bd. XXV, 1865.

- 39.—**v. Winckel** — Die geburtshilfliche Anästhesiemethoden v. Th. Wyder. — Handbuch der Geburtshilfe. B. III.
- 40.—**Krassowsky** — Ueber Anaesthesie. Operative Geburtshilfe.
- 41.—**Bukoemsky** — Ueber Anästhesierung durch Aether u. Chloroform-inhalationen bei normalen Geburten. M. f. G. u. G. Bd. III.
- 42.—**Stiassny** — Schmerzlinderung bei normalen Geburten.—Volkmann's Samml. Klin. Vortr. N^o 212-213, 1910.
- 43.—**Buisson** — Traité de la methode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différents branches de l'art de guerir.—París 1850.
- 44.—**Recasens** — Tratado de Obstetricia.—Barcelona.
- 45.—**Runge** — Hebammen-Lehrbuch. — Berlín 1905.
- 46.—**Runge** — Lehrbuch der Geburtshilfe.—Berlín 1903.
- 47.—**Hammerschlag** — Lehrbuch der Operativen Geburtshilfe.—Leipzig 1910.
- 48.—**Eckstein** — Ueber das Verhältniß der modernen Klin. Geb. zur geb. Praxis.—S. V. N^o 676, 1913.
- 49.—**Beruti** — Contribución al estudio de los ocitócicos. Opoterapia Hipofisiaria, etc.—R. de la S. M. A. N^o 112, 1912.

- 50.—**Eisenberg** — Chloroformhalbschlaf oder Sug-
gestionsnarkose?—Z. f. G. N° 20, 1910.
- 51.—**Hueter** — Beobachtungen ueber die Wirkung
des Chloroform bei geb. Operationen.—Neue
Zeitschr. f. Geb. B. XXVII, 1850.
- 52.—**Barnes** — Observations on Dr. Simpson's
anesthetic statistics.—The Lancet, 1847.
- 53.—**Barnes** — Further observations on the em-
ployment of chloroform in parturition.—The
Lancet, 1848.
- 54.—**Barnes** — Anaesthesia in natural parturition
with an analysis, etc.—The Lancet, 1850.
- 55.—**Lusk** — On the necessity of caution in the
employment of chloroform during labour.—
Americ. Journ. of. obstetrics, 1877.
- 56.—**Duncan** — Anaesthesia. — Edinburg. med.
Journ, 1857.
- 57.—**Dönnhoff** — Ueber die Einwirkungen des
chloroforms auf. d. normalen Geburtsverlauf
etc.—A. f. G. B. XLII. H. II, 1892.
- 58.—**Westermarck** — Untersuchungen... etc., über
die Wehentätigkeit des menschlichen Uterus
bei der physiologischen Geburt.—A. f. G.
B. L. XXXIX. H. I.
- 59.—**Bukojemsky** — Ueber die Stillung d. Ge-
burtsschmerzen.—Ref. Z. f. G. N° 16 à 35
ù Johnen.

- 60.—**Chaigneau** — Etude comparée des divers agents anaesthésiques employées dans les accouchements naturels.—These, Paris 1890.
- 61.—**Acconci** — Sulla contrazione e sull' inertia dell'utero.—Torino 1891.
- 62.—**Perrin** — Anaesthesie. Dic. Encyclopedique.
- 63.—**Sellheim** — Das Verhalten der Muskeln des weiblichen Beckens im Zustand der Ruhe und unter der Geburt. Wiesbaden, 1902.
- 64.—**Beruti** — Der tiefe Querstand mit besonderer Berücksichtigung seiner Aetiologie. In. Diss.—Freiburg 1907.
- 65.—**Simmons** — Analgesie in labour.—The American Gyn. a. Obst. Journ. Ref. Johnen.
- 66.—**Akimowa-Pertz** — Spätfolgen der Chloroformnarkose. Russ. Weatsch. N° 46. Ref. D. M. W. N° 2, 1911.
- 67.—**Raisky** — Experimenteller Beitrag zur Chloroformwirkung auf Mutter und Foetus. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Mediz. B. 41. H. I. Ref. D. M. W. N° 7, 1911.
- 68.—**Clark y Lindsay** — Distribución del cloroformo en la sangre.—The Lancet. Ref. L. S. M. N° 14, 1913.
- 69.—**Muskens** — Narkosentod. Tijdschr. voor Geneesk. N° 6, 1911. Ref. D. M. W. N° 18, 1911.

- 70.—**Nogue** — Anesthésie. Traité de Stomatologie, de Gaillard et Nogue.—Paris 1912.
- 71.—**Tillmanns** — Anaesthesia. Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie.—Leipzig 1907.
- 72.—**Neuber**—Ueber Inhalationsnarkose. XXXVIII Chirur. Congr. Ref. Z. f. G. N° 21, 1909.
- 73.—**Lehmann** — Ueber zwei Chloroform todesfälle. Gyn. Ges. Dresden. 13. V. 09. Ref. Z. f. G. N° 4, 1910.
- 74.—**Ballantyne** — Anaesthesia. — The Lancet, 1896.
- 75.—**Ballantyne** — Das Chloroform in der geb. Praxis.—Z. f. G. N° 11, 1897.
- 76.—**Bucura** — Geburtshilfliche Therapie. Leipzig à Wien., 1910.
- 77.—**Mlle. Trison** — Recherches experimentales sur l'anesthésie par le chloroforme.—Thèse. Paris 1907.
- 78.—**Stiassny** — Post-partum - Blutung und Narkose. Geb. Gyn. Ges. Wien. 15. II. 1910. Ref. Z. f. G. N° 46, 1910.
- 79.—**Schroeder** — Anaesthesia. Lehrbuch der Geburtshilfe.
- 80.—**Zweifel** — Ueber Narkose. B. Kl. W. N° 21, 1874.
- 81.—**Fehling** — Die Geburt in Daemmerschlaf etc. Strassburger Med. Zeitung N° 1, 1909.

- 82.—**Nicloux** — Ueber den Uebergang von Chloroform a. d. Foetus.—Z. f. G. N° 3, 1907.
- 83.—**Ivonneau** — De l'emploi du chloroforme et de ses differentes applications.—Paris 1853.
- 84.—**Müller B.** — Narkologie. Ein Handbuch der Wissenschaft über allgemeine und lokale Schmerzbetäubung.—Berlin 1908.
- 85.—**Cohn** — Schmerzlose Geburt, etc.—Z. f. G., P. 421. 1902.
- 86.—**Smith** — On the use of chloroform in midwifery practice.—The Lancet, 1847.
- 87.—**Smith** — Scriptural authority for the mitigation of the pains of labour by chloroform, etc.—London 1848.
- 88.—**Smith** — Ueber Verwendung des Chloroforms bei allen Entbindungen.—Med. Age. N° 10, 1888.
- 89.—**Baldwin** — A plea for the more frequent use of chloroform in obstetrics.—Columbus med. Journ. 1890-1891.
- 90.—**Meyer** — Brugen of Koloroform ved Födse-
len blot som smerte stillende Middel. Bibl.
f. Laeger. B. IV. Ref. Johnen.
- 91.—**Strassmann** — Die Schmerzstillung bei der Geburt. B. Kl. W. N° 22.
- 92.—**Engel** — (En húngaro). Orvosi Hetilap. N° 1, 1906.—Ref. Johnen.

- 93.—**Clark** — Kleine Chloroformdosen. — The Lancet, 1911. Ref. D. M. W. N° 7, 1911.
- 94.—**Grapow** — Ueber den Gebrauch d. Chloroforms während d. Geburt.—Z. f. G. N° 11, 1896.
- 95.—**Dührssen** — Ueber den Wert der Narkose in der Geburtshilfe. — B. Kl. W. N°. 15, 1892.
- 96.—**Courty** — Anesthésie. These d'agregation.—Montpellier 1847.
- 97.—**Courty** — Chloroformisation en Angleterre. —Gaz. hebd., 1863.
- 98.—**Cuzzi** — Manuali di Ostetricia.—Milano.
- 99.—**Vicarelli** — Terapia Ostetrica d'urgenza.—Torino 1911.
- 100.—**Beruti** — La anestesia en el parto normal.—L. S. M., N° 30, 1913.
- 101.—**Dumont** — Ueber sogenannte ungefährliche Anästhesieverfahren. — K. f. Schw. Aerzte. N° 29. XL Jahrg.
- 102.—**Dumont** — Traité de l'anesthésie générale et locale.—Paris 1904 (Trad. Cathelin).
- 103.—**Fritsch** — Gerichtliche Geburtshilfe, 1901.
- 104.—**Terrier et Peraire** — Petit manuel d'Anesthésie Chirurgicale.
- 105.—**Porack** — Chloroform et accouchement.—R. O. et G., 1890. Fevr. et Mars.

- 106.—**Koblanck** — Die Chloroform und Aethernarkose in der Praxis.—Wiesbaden 1902.
- 107.—**Weinmann** — Zur Schmerzlinderung normaler Geburten.—M. M. W. N° 50, 1911.
- 108.—**Bailly** — De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels.—J. d. med. d. Paris, 1889.
- 109.—**Beruti** — La anestesia general mixta.—La Tribuna médica, N°. 62, 1910.
- 110.—**Vinçon** — De l'anesthésie par les melanges d'air et de chloroforme au moyen de l'appareil Ricard.—These, Paris 1907.
- 111.—**Fekete** — Ueber die Bedeutung der Oxygenienatnung während der Narkose.—Orvosi Hetilap. N° 1, 1910. Ref. Z. f. G. N° 30, 1911.
- 112.—**Frankenstein** — Chloroformnarkose mit überdeckter Maske (Handtuchmethode).—Z. f. G. N° 33, 1908.
- 113.—**Johnen** — Zur Geschichte der Narkose bei Spontangeburt. In. Dis. Freiburg, 1911.
- 114.—**Beruti** — Algunas consideraciones sobre anestesia general simple y mixta.—R. de C. M. A. y C. E. M. N° 103, 1910.
- 115.—**Pagenstecher** — Ueber die in Amerika übliche Anwendung v. Chloroform während der Geburt, etc.—Z. f. G. N° 11, 1896.

- 116.—**Lefevre** — Anesthésie. Gynécologie, N° 4, 1908.
- 117.—**Müller** — Die Narkose in der Geburtshilfe. D. M. W. N° 50, 1905.
- 118.—**Müller P.** — Die Anästhesierung Kreissender (v. R. Werth). Handbuch. B. I.
- 119.—**Wyder** — Die geburtshilflichen Anästhesierungsmethoden. v. Winckelshandbuch der Geburtshilfe. B. III.
-

Bibliografia complementaria

- Ahlfeld** — Berichte und Arbeiten.
- Ahlfeld** — Lehrbuch der Geburlshilfe.
- Arnold** - Safe guards in chloroform administration.
—B. M. J. N° 1876, 1896.
- Ashwell** — Observation on the use of chloroform in
natural labour.—The Lancet, 1848.
- Arnott** — Com. rel .a l'empl. du chlor.—The Lan-
cet, 1848.
- Ballantyne** — Chloroform in midwifery Practice.
Scott. med. and. surg. Journ. 1897.
- Bandler** — Action du chloroform sur le foie. Mitteil.
aus. d. Grenzgebieten der Med. u. Chir., 1896.
- Barker** - Does organic disease of the hearth preelu-
de the use of chloroform in parturition ?—Med.
and. Churg. Reporter. Philadelphia 1892.
- Barwell** — Chloroform in obstetrics.—Americ. Med.
Month. and The Lancet, 1854.

- Baudouin** — Ein neues Verfahren der Chloroformnarkose. mittelst schwacher kontinuierlicher Dosen.—Gaz. d. Hôp., 1890.
- Beck** — Zur Frage der Chloroformnarkose.—Aerztliche Polytechnik. N° 6.
- Bennet** — On the administration of Chloroform in midwifery.—Lond. Journ., 1850.
- Bergès** — Du chloroform dans l'accouchement.—Thèse. Paris 1869.
- Blot** — De l'emploi du chloroforme dans les opérations chirurgicales et obstétricales.—Thèse. Paris 1857.
- Boldt** — The administration of anesthetics.—Med. Record. N° 2012, 1909.
- Bowmann** — Communications rel. a l'empl. du chloroform. dans les accouch.—The Lancet, 1848.
- Braun** — Narkose und Blutungen.—Geb. Gyn. Ges. Wien. 11-I-1910.—Ref. Z. f. G. N° 45, 1910.
- Brouardel** — Guilbert. Thoinot. Intoxications. T. XI. Baillere. Paris 1910.
- Brown** — On the use of chloroform in midwifery.—The Lancet, 1848.
- Burchard** — Anesthesie par le chloroforme pendant l'accouchement.—Casper's Wochenschrift N° 39, 1849.
- Burwell** — Statement of fifteen Cases of midwifery in which chloroform was administered.—Buffalo med. Journ. 1848.

- Byers** Does chloroform promote post partum haemorrhage?—Med. Press. and Circ. London 1892.
- Byrd** -- Sur l'emploi du chloroform, etc., etc., dans les accouchements.—Philadel. med. and surg. Reporter, 1873.
- Capdevilla** -- El cloroformo en los partos. Crónica de los hospitales, 1853.
- Chailly** -- Des cas ou les inhalations d'éther et de chloroforme peuvent être employées dans l'art des accouchements, etc.—Bull. de Ther., 1853.
- Chailly** -- De l'atténuation de la douleur, etc., dans une grande partie de l'accouchement.—Union médicale, 1850.
- Craig** -- On the treatment of difficult or protracted labour. Remarks on the supposed advantages of chloroform.—Lond. med. gaz., 1848.
- Daniell** -- Some observations on anaesthetic mixtures, etc.—Edinburgh. med. Journ., 1905.
- Danyau** -- De l'anaesthésie dans les accouchements simples.—Bull. d. l. Soc. de Chir. 24. V. 1854.
- Davis** -- Chloroform in Obstetrics.—The Boston med. and surg. Journ., 1897.
- Debaut** -- Resultats des inhalations du chloroforme tentées a la Maternité dans les cas d'accouchements simples.—Bull. de ther., 1854.
- Delannegrie** -- De l'emploi du chloroforme dans les accouchements.—Thèse. Paris 1870.

- Delta** — On the employment of chloroform in parturition and its influence in relaxation of the perinaeum.—The Lancet, 1850.
- Denham** — A report upon the use of chloroform in 56 cases of labour, etc.—Hosp. Dubl. Journ. of med. sci., 1849.
- Denis** — De l'emploi du chloroforme dans les accouchements.—Thèse. Paris, 1855.
- Diday** — Chloroform pendant le travail de l'accouchement.—Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1854.
- Doederlein-Kroenig** — Operative Gynäkologie. Leipzig 1907.
- Dreier** — Die Dosierung d. Inhalations-anästhetica, etc.—Z. f. G. N° 34, 1896.
- Dumaresqu-Ross** — On the use of chloroform in a case of lingering labour.—The Lancet, 1860.
- Eichhacker** — A rare case of spontaneous delivery after chloroform narcosis. — Med. Rec. New York, 1894.
- Ellis** — On the safe abolition of pain in Labour and surgical operations by anesthesia with mixed vapours.—London 1866.
- Emmet** — Com. relat. à l'emploi du chlor.—The Lancet, 1848.
- Esterle** — Inhalations de chloroforme en obstétrique.—Annali univers. di medicina, 1861.

- Eyriès** — Action comparée de l'hip. et du chloroforme dans les accouch.—Marseille med., 1887.
- Fabre** — (Gilbert et Fournier) — Agents qui rendent les contractions non douloureuses.—Obstetrique. Paris 1910.
- Faye** — Rascher Tod nach einer fast normaler Entbindung à nach Anwendung d. Chloroform. Norsk. Mag. 1859.
- Fredet** — De l'emploi du chloroforme dans les accouchements simples, etc.—Thèse. Paris 1867.
- Fredericq** — Du chloroforme dans les accouchements, son influence sur le fœtus.—Ann. Soc. Med. de Granot, 1887.
- Gaffié** — De l'anesthésie dans l'accouchement naturel simple.—Thèse. Paris 1861.
- Haig** — A contribution to the pathology of Chloroform-syncope.—Lancet, 1895.
- Hallauer** — Ueber eine neue Anwendungsform der Suggestion, etc.—Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 12. III. 1909.
- Hancorm** — Com. rel. a l'empl. du Chlor.—The Lancet, 1848.
- Harnier** — Ueber die Anwendung d. Chloroforms in der Geb. Neue Zeitschr. f. Geburtk, 1851.
- Hark and Fornton** — Narkose by chloroform or by ether.—Journ. of. Americ. med. assoc. Scalpelo. 28. III. 1897.

- Helfft** — Ueber die Anwendung des Chloroforms in der Geburtshilfe, etc.—*Neue Zeitschr. f. Geb.* 1850.
- Hefft** — Statistische Berichte über die Wirksamkeit des Chloroforms bei Entbindungen.—*Monatsschr. f. Geb.*, 1854.
- Hayerdahl** — On the use of chloroform in midwifery.—*Dublin Journ. of. med. sci.*, 1859.
- Hayerdahl** — Obstetrical employment of Chloroform.—*Dublin Journ. of. med. sci.*, 1859.
- Hildreth** — Chloroform and Ergot on obstetric Practice.—*Americ. Journ. of med. sci.*, 1866.
- Hill** — The causation of Chloroform Syncope.—*B. M. J.*, 1897.
- Hofmeier** — Chloroformwirkungen. *Virch. Arch.* B. 89.
- Hohl** — Die Chloroform-narkose in der Geburtshilfe.—*Deutsche Klinik.*, 1861.
- Houzelot** — De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel, simple.—*Mem. de la Soc. de Chir.*, 1854.
- Jeacourt** — Memoire sur l'emploi vulgarisé du chloroforme dans les accouchements, 1860.
- Johns** — Practical observations on the injurious effects of chloroform-inhalation during labour.—*Dubl. Quart. Journ.*, 1863.
- Kaufmann** — Die neuere in London gebräuchliche

- Art der Anwendung des Chloroforms während der Geburt.—Hannover, 1853.
- Kesteven** — On the use of Chloroform in midwifery.
—The Lond. med. Gaz, 1848.
- Kidd** — Allayed safety of chloroform in parturition.
—Ref. Johnen.
- Kidd** — On chloroform in midwifery practice.—Dublin Q. J. of. med. sc., 1864.
- King** — Chloroform in obstetric practice.
- Kite** — Com. rel. à l'emploi du chloroforme dans les accouch.—The Lancet, 1848.
- Koehler** — Die Anwendung des Chloroforms in der Geburtshilfe. Schnidt's Jahrb., 1871.
- Kreutzmann** — Einige Bemerkungen zur Lachgas-sauerstoff. Anästhesie bei Enthindungen. D. M. W., 1888.
- Krieger** — Ueber die Anwendung des Chloroform in der Geburtshilfe. Verh. d. Ges. f. Geb.—Berlin 1855.
- Kroemer** — Ueber Chloroform. Ges. f. Geb. u. Gyn. 12. III. 1909.
- Kroenig** — Die Narkose in der Geburtshilfe und Gynäkologie. XVI. int. mediz. Congr. Budap. 1909.
- Kurdinowsky** — Experimenteller Beweis, dass nar-kotische Mittel keinen lähmenden Einfluss auf die Uterus kontraktion ausüben.—A. f. G., 1907, B. 53.

- Kurowitz** — Ueber die Wirkung der Chloroformnarkose auf die Beschaffenheit der Geburtswehen.—Petersb. med. Zeitschr. B. IV. 1874.
- Küstner** — Narkose. Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie.—Jena 1908.
- Lansdown** — On the use of ether and chloroform in surgery and midwifery.—The Lancet, 1848.
- Lawrie** — Actual anaesthesia with chloroform.—B. M. J., 1909.
- Lee** — An account of seventeen cases of parturition in which chloroform was inhaled with pernicious effects.—Med. Tim. and Gaz., 1854.
- Lehmann** — Chloroformtod.—Ref. Z. f. G. N° 4, 1910.
- Lippel** — Chloroformtod.—Ref. Z. f. G. N° 1, 1910.
- Luther** — Ueber Chloroform und seine Wirkung.—Klin. Zeit. und Streitfragen. B. VII.
- Manasse** — Ueber einige wichtige Methoden der Schmerzbetäubung — Deutsch med. Ztg. N° 13, 1905.
- Martin** — Ueber die künstliche Anästhesie bei Geburten durch Chloroformdämpfe.—Jena 1848.
- Martin** — Ueber Chloroforminhalationen in der Geburtshilfe.—Allgem. med. Zentralztg, N° 20, 1861.
- Mayer** — Emploi du chloroform dans les accouchements. Aerztl. Intell-Blatt.—München. N° 22, 1856.

- Mazerat** — De l'emploi de l'éther et du Chloroforme dans les accouchements.—Thèse. Paris 1851.
- Mc. Mehan** — The chloroform package for the obstetr. bag.—The Americ. Journ. of obstetr., 1909.
- Meigs** — On the use of Chloroform in midwifery.—London med. Gaz., 1848.
- Merriman** — Arguments against the indiscriminate use of chloroform in midwifery.—London 1848.
- Mitschell** — Injurious effects of chloroform in Obstetric practice.—Dubl. med. Press, 1848.
- Mizerski** — De chloroform. usu inter partum. Diss. inaug. Berol., 1861.
- Moll** — De chloroform. inhal. in arte obst. adhibendis.—Diss. In. Berl. 1861.
- Murphy** — Administration of chloroform. in cases of difficult parturition.—The Lancet, 1847.
- Murphy** — On the use of chloroform in midwifery.—Lancet, 1849.
- Murphy** — Chloroform in the practice of midwifery. Read et the Harweian Soc., 1848.
- Naranjo** — De l'action physiologique du chloroforme et de son application aux accouchements.—Thèse. Paris 1869.
- Nevins** — On the present state of our Knowledge with respect to the uses and effects of chloroform.—London med. Gaz., 1848.

- Normand** — Dufié. Essai sur l'anesthésie provoquée appliquée aux opérat. chir. et aux accouch. Montpellier 1858.
- Odier** — Empl. d. chlor. dans l'accouch. physiolog. Corresp-Blatt. f. Schweizer Aerzte. N^o 13, 1877.
- O'Neil** — The safen administration of anesthetics with special references to chloroform and methylen. B. M. J., 1902.
- Pacull** — De l'emploi de l'etter et du chloroforme dans les accouch.—Thèse. Paris, 1851.
- Peironnet** — De l'emploi de chlorof. dans les accouch.—Thèse. Paris 1851.
- Philipps** — On the application of. chloroform in the pratice of. midwifery.—The London med. Gaz., 1848.
- Popham** — Com. rel. à l'emploi du chlor. dans les accouchements.—The Lancet, 1848.
- Powis and Spitta** — Delivery of twins under the administration of secale cornutum and chloroform.—The London med. Gaz., 1848.
- Pretty** — Aids during labour including the administration of chloroform, etc.—Lond., 1856.
- Pretty** — On the mode of using chloroform in midwifery, with the description of a new inhaler. —The Lancet, 1856.
- Pretty** — Hülfreicher Beistand bei den Geburtswehen und Vorschriften über die Anwendung des

Chloroforms.—Deutsch. bearb. von H. Hartmann. Weimar, 1857.

Pullo — Einfluss des Chloroform auf normale Geburten.—Diss. Moskan, 1875.

Raineri — Manuale di Ostetricia.—Torino 1904.

Rapport — de la com. désignée par la Royal med. and chir. Soc. pour faire une enquête sur l'emploi, etc., du chloroform.—Med. chir. trans., 1864.

Rigby — On the use of chloroform in midwifery.—Med. Times and Gaz., 1850.

Rickets — Chloroform in labor.—Virginia med. Monthl. Richmond.

Riu Villeneuve — L'anesthésie et les anesthésiques usuels.—Paris 1904.

Rulison — The use of chloroform in labor.—Med. et surg. rapport. Philad., 1891.

Salvolini — De l'emploi du chloroforme dans le travail de l'accouchement.—Gaz. med. Ital., 1852.

Sansom — On the pain of parturition and anaesthetics in obstetric practice.—Trans. of the obstetr. Soc. of London. 1869.

Sansom — Chloroform, its action and administration.—London 1865.

Sinclair — Some observ. on the administr. of the vapour of chlorof. in obstetric. practice.—Dublin Q. J. med. sc., 1864.

- Sinclair** — Analgesia and Anaesthesia, etc.—The Lancet 1908.
- Skene** — Tolerance of chloroform in labor.—The Americ. Journ. of Obst. a. Diseases of. W. a. Child., 1874.
- Skinner** — Is chloroform safe in midwifery.—Med. Times and Gaz., 1860.
- Skinner** — Anaesthesia in midwifery.—The Lancet, 1862.
- Skinner** — Brief remarks on anaesthesia in midwifery.—Obstetr. Trans. of. London, 1863.
- Snow** — Chloroform in midwifery.—Monthly Journ. of. med. Science, 1849.
- Snow** — On the administration of chloroform during parturition.—Assoc. med. Journ., 1853.
- Sprague** — A plea for chloroform in labor.—Am. Lancet Detroit, 1894.
- Stallard** — Practical observations on the administration and effects of chloroform etc.—London 1848.
- Stimson** — Cases and Remarks upon the use of chloroform in natural labour.—New-York. Journ. 1848.
- Strauch** — Sind Todesfälle in der Narkose vermeidbar?—Med. Klin. N^o 10, 1908.
- Thomas** — Chloroform in protracted labour.—The Lancet, 1860.

- Tubby** — The comparative safety of chloroform in obstetric. practice.—B. M. J., London 1892.
- Van de Berg** — Over den invloed van chloroformnarkose tyden de baring op het Kind. Inn. Diss. Utrecht.
- Veit** — Ueber den Werth der Narkose beider Geburt. —Ref. Z. f. G. N^o 7, 1910.
- Vidal** — Influence de l'anaesthesie chloroformique sur les phenomènes chimiques de l'organisme. —Thèse. Paris 1869.
- Viger** — De l'anesthésie dans les accouchements, considérée au point de vue de ses accidents. —Thèse. Paris 1855.
- Vogler** — Ueber die Anwendung des Chloroforms in der Geburtstshilfe.—Neue Zeitschr. f. Geburtsk., 1852.
- Vogt** — Kloroform ved normale fødsler.—Tidskrift for deu norske laegeforming. Pág. 329.
- Waller** — On the employment of ether and chloroform in cases of. midwifery.—Med. Times and. Gaz., 1849.
- Warwick** — Com. rel. a l'empl. du chlor. dans les accouch.—The Lancet, 1848.
- Wasenius** — Experimentelle Untersuchungen über die Uteruskontraktion bei der Geburt.—Arch. f. Gyn. B. 84.
- Williams** — Chloroform in obstetrics.—Maryland M. J. Balt, 1888.

Wilton — Com. rel. a l'emploi du chlor. dans les accouch.—The Lancet, 1848.

Worcester — The superiority of chloroform as an anaesthetic in midwifery practice,—The Boston Med. and. Surg. Journ., 1897.

Zempin — Die Technik der Chloroformnarkose.—Berlin 1897.

ÍNDICE

	Pág.
Consideraciones generales	7
CAPÍTULO I. — La sedación del parto normal por el cloroformo. Definiciones y características...	11
» II. — Acción del cloroformo “á la reina” sobre el dolor de parto.....	25
» III. — Acción del cloroformo “á la reina” sobre la dinámica del parto.....	37
» IV. — Otros efectos de la cloroformización “á la reina”.....	61
» V. — Inconvenientes y peligros del cloroformo “á la reina” durante el trabajo.....	71
» VI. — La cloroformización y el puerperio.....	85
» VII. — Indicaciones del cloroformo “á la reina”..	91
Contraindicaciones de la cloroformización “á la reina”.....	98
Faz médico-legal de la cloroformización “á la reina”.....	100
» VIII. — Técnica de la cloroformización “á la reina”	103
» IX. — La cloroformización “á la reina” en el extranjero y en nuestro país.....	135
» X. — Resumen de las historias clínicas referentes á la serie estudiada. Gráficos.....	143
Conclusiones.....	189
Bibliografía.....	197-199-211





W0 450 qB552a 1914

46610190R



NLM 05238506 0

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE